

# Réduction des risques et des méfaits

Responsables : Pierre Brisson et Carole Morissette



# Drogues, santé et société

<http://www.drogues-sante-societe.org>

Revue scientifique multidisciplinaire dédiée à la publication de résultats inédits de recherche et d'articles de fond de même qu'au transfert de connaissances à propos de l'usage et de l'abus des drogues (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites) et des phénomènes qui lui sont associés.

La revue est publiée avec l'aide financière du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

## **Directeur de la revue**

Michel Landry

## **Comité de rédaction**

Mohamed Ben Amar, Marie-Andrée Bertrand, Pierre Brisson, Serge Brochu, Louise Guyon, Pierre Lauzon, Marc Perreault, Élise Roy

## **Comité scientifique**

Line Beauchesne, Gilles Bibeau, Steve Bourget, Philippe Bourgois, Carlos Coloma, Candido Da Agra, Françoise Facy, Jean-François Malherbe

## **Coordination éditoriale**

Jacques Frenette

---

### Diffusion

<http://www.erudit.org>

<http://www.drogues-sante-societe.org>

### Adresse

950 Louvain Est

Montréal QC H2M 2E8

### Pour information et abonnements:

Jacques Frenette

[frenette.jl@sympatico.ca](mailto:frenette.jl@sympatico.ca)

### ISSN

édition imprimée : 1703-8839

édition CD-Rom : 1703-8855

édition en ligne : 1703-8847

© Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

Drogues, santé et société

(2e trimestre 2003)

# Volume 2, numéro 1

## Réduction des risques et des méfaits

Responsables : Pierre Brisson et Carole Morissette

Présentation du numéro :	
<i>Réduction des risques et des méfaits</i> : Pierre Brisson et Carole Morissette	1
Articles :	
1) <b>Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation</b>	4
Nicolas Carrier et Bastien Quirion <i>Article de réflexion théorique</i>	
2) <b>Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal</b>	35
Élise Roy, Éva Nonn, Nancy Haley, Carole Morissette <i>Article de résultats de recherche</i>	
3) <b>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</b>	56
Nicolas Carrier et Pierre Lauzon, <i>Article de résultats de recherche</i>	
4) <b>Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI)</b>	84
Nancy Haley, Élise Roy, Pascale Leclerc <i>Article de transfert de connaissances</i>	
5) <b>Évaluation d'implantation dans un contexte participatif : Le processus suivi à Relais-Méthadone</b>	100
Michel Perreault, Isabelle Tremblay, Céline Mercier (pour l'équipe de recherche), David Barbeau, Radegonde Ndejuru, Pierre Lauzon (pour l'équipe d'intervenants et de responsa- bles du programme) <i>Article de résultats de recherche</i>	
6) <b>Le traitement de substitution à la méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation</b>	112
Isabelle Paquin <i>Article de transfert de connaissances</i>	
7) <b>L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie</b>	124
Michel Landry et Marie Lecavalier <i>Article de réflexion sur les pratiques cliniques</i>	



## Présentation

### *Réduction des risques et des méfaits*

**Pierre Brisson**

M.A. Programmes de toxicomanies,  
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

**Carole Morissette**

MD FRCPC Direction de santé publique,  
Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-centre

Éditeurs responsables

Ce deuxième numéro thématique de la revue *Drogues, santé et société* aborde un courant actuel d'intervention publique en matière de drogue, à la fois sociosanitaire, communautaire, politique, éducatif et clinique. Né sur le terrain comme champ de pratiques novatrices pour contrer la menace de transmission du VIH chez les toxicomanes, au début des années 1980, dans certains pays occidentaux, la réduction des risques et des méfaits est aujourd'hui un courant en expansion à l'échelle de la planète. Ce dernier, au fil du temps, est devenu terrain d'investigation pour la recherche et la réflexion, opportunité pour le renouvellement des interventions préventives et curatives auprès des consommateurs et défi majeur au regard des politiques publiques sur les drogues. Le courant, identifié chez les Anglo-saxons depuis le milieu des années 1980 sous le vocable de *Harm Reduction*, est ici désigné comme *Réduction des risques et des méfaits* afin d'intégrer les appellations européenne et québécoise du phénomène de même que la réalité d'un continuum d'interventions incluant des actions aussi bien éducatives que de prise en charge.

Le présent dossier comporte sept contributions originales. Il propose un itinéraire nécessairement fragmentaire de la réalité québécoise actuelle de la réduction des risques et des méfaits mais un itinéraire que nous croyons représentatif des tendances, débats, innovations et difficultés de l'heure dans le domaine : d'une part, la reconfiguration des **contraintes** politiques et des **contrôles** socio-sanitaires ; d'autre part, la progression d'une **compréhension** de la réalité des consommateurs et d'une **compassion** à leur égard ; et, sur le terrain, des gains bien réels en **conscientisation** et en **collaboration**, tant chez les usagers que chez les intervenants, autour des conséquences, individuelles et collectives, découlant de la consommation de substances psychoactives. Pour n'en mentionner que deux, la question des moyens et des finalités chez les gens engagés au cœur de l'action et celle de la cohabitation parfois difficile des perceptions du phénomène chez les nombreux acteurs impliqués témoignent du type d'enjeux qui animent aujourd'hui ce champ de pratiques et de réflexion.

Le texte d'ouverture de **Carrier et Quirion** est une proposition théorique de fond comme il s'en est peu écrit sur le sujet mais que le recul de quelques vingt années de pratiques rend aujourd'hui possible et pertinente. S'appuyant sur des thèses sociologiques et critiques contemporaines, les auteurs questionnent les prétentions et l'apparent succès politique de la réduction des risques et des méfaits qu'ils associent à une extension plutôt qu'à une remise en question des modalités politiques et thérapeutiques de contrôle en présence dans le champ de l'usage des drogues illicites.

Dans une autre perspective, qui s'attache à comprendre le phénomène du point de vue des principaux protagonistes, le texte de **Roy, Nonn, Haley et Morissette** ainsi que celui de **Carrier et Lauzon** rendent compte de la réalité des usagers de drogues par injection (UDI) de la région de Montréal au moyen d'approches qualitatives. Les lecteurs pourront mieux y saisir le rapport entre les trajectoires de vie des jeunes usagers et les pratiques d'injection à risque, sujet peu exploré dans la litté-

ture internationale à ce jour ; ils seront également à même de prendre conscience des perceptions et des besoins des consommateurs marginalisés en regard de l'implantation de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI) sur le territoire montréalais.

Dans un registre plus analytique mais en continuité avec l'appréciation qualitative précédente, le texte de **Haley, Roy et Leclerc** propose une revue exhaustive de la situation et des avenues d'intervention préventive concernant la transmission du VIH et de l'hépatite C chez les jeunes UDI, domaine d'urgence en santé publique et où les connaissances font encore dramatiquement défaut. **Perreault, Tremblay et Mercier** décrivent, de leur côté, l'évaluation de l'implantation d'une ressource associée à la réduction des risques et des méfaits, le Relais-Méthadone, nouveau programme à exigences peu élevées. C'est l'occasion pour les auteurs de montrer les vertus de la collaboration et de la complémentarité entre des partenaires de divers milieux (clinique, communautaire, universitaire) qui ont permis l'intégration du processus de recherche dans une démarche participative au bénéfice du développement de la ressource.

Les deux derniers textes abordent l'univers du traitement et de la réadaptation dans un contexte de réduction des risques et des méfaits. D'abord, un bilan de **Paquin** sur le traitement de substitution à la méthadone au Québec permet d'en comprendre l'évolution et les exigences actuelles : celle d'une concertation des acteurs à travers la nécessité d'une véritable approche interdisciplinaire de l'intervention auprès de l'utilisateur ; celle d'une réflexion incontournable sur les objectifs d'un processus de traitement, soit la question des moyens et les finalités. Cette réflexion sur les rapports entre les impératifs de santé publique et les exigences de la réadaptation est également fort présente dans le texte de **Landry et Lecavalier** qui rend compte de l'expérience d'adoption de l'approche de réduction des méfaits dans le plus important centre de réadaptation publique au Québec, Dollard-Cormier. Les auteurs y font le bilan des forces acquises et des difficultés

rencontrées à travers une expérience de cinq années d'application clinique de l'approche.

Comme nous le disions, ces textes ne peuvent prétendre faire le tour d'un thème aussi riche que celui de la réduction des risques et des méfaits, d'autant que le courant se présente encore à l'heure actuelle sous de multiples formes et à la croisée de plusieurs chemins. Des contributions futures (à l'intérieur ou hors numéros thématiques) devraient, entre autres, permettre de traiter deux dimensions centrales en relation avec le présent thème et qui n'ont pas été ici abordées, soit la question du prohibitionnisme et des politiques publiques en matière de drogues et le volet réduction des risques et prévention primaire,

autour des approches nouvelles d'éducation à la santé et aux drogues auprès des jeunes.

Nous voudrions, en terminant, remercier les quelques quinze auteurs et auteures ayant généreusement accepté de contribuer à ce numéro thématique. Des remerciements tout particuliers vont également à Michel Landry et Élise Roy, du comité de rédaction de *Drogues, santé et société*, pour leur aide précieuse à plusieurs étapes de la réalisation de ce dossier thématique ainsi que Jacques Frenette, coordonnateur à l'édition, pour la diligence et la patience démontrée tout au long d'un processus qui s'est échelonné sur près d'un an. Et à vous, lecteurs et lectrices, nous souhaitons bien-sûr de belles découvertes !



# 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 lógicas 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 lógicas 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'abstinence<sup>1</sup>. 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 paradigmatique<sup>2</sup> » dans le champ de la régulation de la pratique psychotrope (Butters et Erickson, 2000 ; Stimson, 1990)<sup>3</sup>. 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'induiraient 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 place<sup>4</sup> et par la légitimité qui leur est accordée par les instances politiques, tant fédérales que provinciales<sup>5</sup>. 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 logiques<sup>6</sup> 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*<sup>7</sup>. Ces conduites sont la possession<sup>8</sup>, 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.

### Symptomatisation

L'objet de la logique thérapeutique est pour sa part constitué par la symptomatisation 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 schizophrénique<sup>9</sup>. 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 montrerons 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 cindynisation<sup>10</sup>.

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 produits<sup>11</sup>. Les moyens utilisés sont tous ceux que rendent légitimes les limites constitutionnelles de l'État<sup>12</sup>. Le législateur autorise ainsi le recours à l'incarcération — la mesure pénale la plus sévère dont il dispose — pour sanctionner *toute* infraction<sup>13</sup>. 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 biotechnologiquement<sup>14</sup>. 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'injection<sup>15</sup> (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 inconséquentes 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'usager<sup>16</sup>.

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 symptomatologisants l'*Uomo Delinquente* lombrosien<sup>17</sup> 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 périllant 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 méfaits<sup>18</sup> ?

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 projets<sup>19</sup>. Un de ces arguments est que la mise en place de LIDI permettrait d'améliorer l'accès aux services socio-sanitaires 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 dealers<sup>20</sup>.*

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 : § 4<sup>21</sup>)*

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.

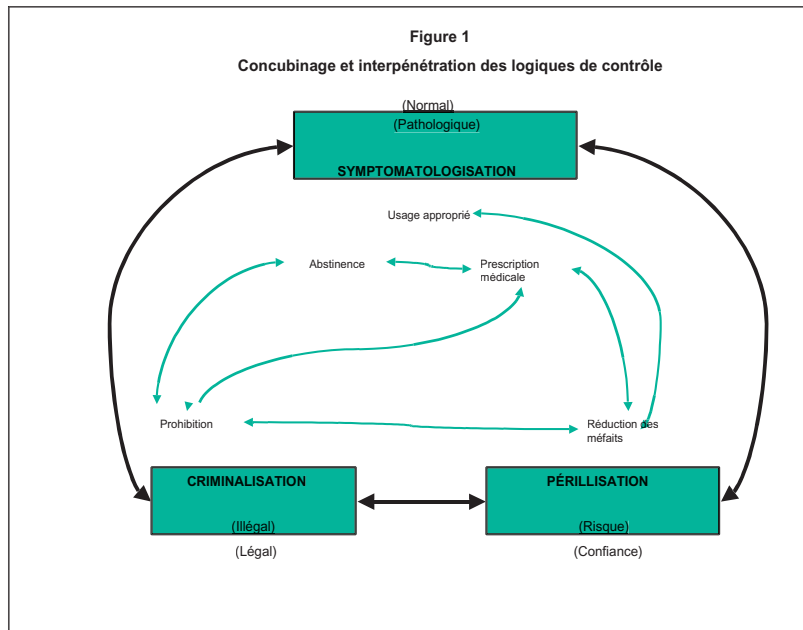


figure 1

L'impression répandue à l'effet que la réduction des méfaits conduite 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 tabac<sup>22</sup>. 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'effcience 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 irrécyclables. 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 précisons 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)<sup>23</sup>. 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 désirant<sup>24</sup>. 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 biomédical<sup>25</sup>. 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 social<sup>26</sup>. 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'objectivité<sup>27</sup>. 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 médicalisation<sup>28</sup>. S'inspirant à la fois de la perspective foucauldienne et des thèses wéberiennes 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 citoyenneté<sup>29</sup> ». 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 spectaculars, 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 XIXe 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 régite ». 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 risque<sup>30</sup>. 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 (1997<sup>31</sup>). 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 temps<sup>32</sup>. 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)<sup>33</sup>.

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 techniques<sup>34</sup>.

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'invalider 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 interprétable, 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 *à priori*<sup>35</sup> ».

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'amertume 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 interioriser » 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 réflexive<sup>36</sup> 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 autrui<sup>37</sup>, 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 consommons<sup>38</sup>, 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 symptomatologisation<sup>39</sup>. 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 « communauté<sup>40</sup> » 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 remédicalisation 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 indépendante<sup>41</sup>. Il ne s'embarrasse donc d'aucune considération pour la personne. Nous y voyons l'une des pistes permettant d'interpréter son efficacité<sup>42</sup>. 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'accroissent 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 : Gallilée.
- 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), Kraska (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 périllisation, 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 périlleux, 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 « cocaïnomanie » 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 transcendante, 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 foucauldienne 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.

# Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal

**Élise Roy**

M.D., M. Sc., médecin, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

**Éva Nonn**

Ph. D., M. Sc., professionnelle de recherche, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

**Nancy Haley**

B. Sc., M.D., FRCP(C), FAAP, médecin, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

**Carole Morissette**

M.D., FRCP(C), Médecin, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

## Résumé

Cette étude visait à déterminer dans quels contextes les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues « partagent » des matériels d'injection. Nous avons mené des entrevues en profondeur auprès de 24 jeunes (15 à 22 ans) recrutés avec l'aide d'organismes communautaires et par la technique de « snowballing ». Au moment de la première injection, ces jeunes sont peu préoccupés par les risques d'infection et s'inquiètent davantage du risque de développer une dépendance. Cependant, ceux qui persistent sont conscients des risques associés au « partage » de seringues et considèrent qu'il s'agit d'une pratique à éviter dans une ville où les programmes de prévention fournissent l'accès gratuit aux seringues. Ce n'est toutefois pas le cas pour les autres matériels d'injection. Les contextes de vulnérabilité par rapport au « partage » se constituent au carrefour de plusieurs facteurs qui sont à la fois d'ordre individuel et social. Certains moments critiques dans la trajectoire de vie des jeunes par rapport à la consommation de drogues et à la vie dans la rue ainsi qu'un degré élevé d'intimité entre partenaires d'injection les fragilisent pour ce qui est des pratiques non sécuritaires.

## The «Sharing» Of Injection Equipment Among Young Injection Drug Users In Montreal

## El « compartimiento » de los materiales de inyección entre los jóvenes adictos de drogas inyectables en Montreal

### Abstract

*The goal of this study was to identify the contexts in which street youth who inject drugs share their injection equipment. In-depth interviews were conducted among youth recruited through community groups and utilising a «snowballing» technique. We interviewed 24 youth (aged 15 to 22 years). At the time of their first injection, the youth are not very concerned with the risks of infection but worry more about developing an addiction. However, youth who continue to inject are aware of the risks associated with needle sharing and consider that, in a city where prevention programmes provide free access to syringes, this practice should be avoided. This is not the case for other injection equipment. Contexts of vulnerability associated with sharing originate when personal and social factors intersect. Certain critical moments in a youth's life related to drug consumption and living in the streets, as well as the high level of intimacy among injection partners make youth more vulnerable to unsafe practices.*

### Resumen

*Este estudio pretendía identificar los contextos en los cuales el compartimiento del material de inyección se efectúa entre los jóvenes de la calle que se inyectan drogas. Entrevistas en profundidad han sido realizadas acerca de jóvenes reclutados a partir de organismos comunitarios y por la técnica de « snowballing ». Hemos interrogado 24 jóvenes (de 15 a 22 años). En el momento de la primera inyección se preocupan poco de los riesgos de infección, pero se inquietan sobre todo del riesgo de desarrollar una dependencia. Sin embargo, los jóvenes que persisten en la inyección están concientes de los riesgosd asociados al hecho de compartir las jeringas, y consideran que se trata de una práctica que se debe evitar en una ciudad dónde los programas de prevención procuran acceso gratis a las jeringas. No es el caso para los otros materiales de inyección. Los contextos de vulnerabilidad por respeto al hecho de compartir éste material, se constituyen en la encrucijada de varios factores a la vez de orden individual y social. Ciertos momentos críticos en la trayectoria de vida de los jóvenes en miras de su consumo de drogas y de su vida en la calle, así como un grado elevado de intimidad entre « compañeros de inyección » fragilizan a los jóvenes por respecto a prácticas poco seguras.*

*Cette étude a été subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture – FQRSC (anciennement Conseil québécois de la recherche sociale – CQRS). Elle a été réalisée grâce à la participation de jeunes, que nous désirons remercier.*

## Introduction

L'injection de drogues constitue une cause importante de maladies graves. Depuis plus de 20 ans, cette pratique a provoqué plusieurs flambées épidémiques d'infections transmissibles par le sang, notamment celles dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (UNAIDS, 2002) et au virus de l'hépatite C (VHC) (WHO, 1997). À l'heure actuelle, l'injection de drogues constitue le mode prédominant de transmission du VIH dans de nombreux pays, notamment en Asie, en Europe orientale, en Russie et dans plusieurs pays nouvellement indépendants, en Amérique latine et dans quelques pays d'Europe occidentale. Au Québec, l'épidémie demeure très active chez les usagers de drogues injectables (UDI). Les taux de prévalence varient de 5 % à 20 % selon les régions et l'incidence atteint 6 par 100 personnes-années à Montréal (Hankins et al., 2002). L'injection de drogues est aussi reconnue maintenant comme la cause principale d'hépatite C dans les pays développés (WHO, 1997). Des taux de prévalence de 70 % et plus ont été rapportés chez les UDI de Montréal et de Vancouver (Lamothe et al., 1997 ; Patrick et al., 2001).

C'est au début des années 80, alors que les études révèlent pour la première fois des taux élevés de prévalence et d'incidence du VIH chez les UDI, qu'on désigne le « partage » de seringues comme une pratique à risque, car il entraîne une injection de sang potentiellement contaminé (Des Jarlais et al., 1986 ; Neaigus et al., 1994 ; Magura et al., 1989 ; Grund et al., 1991 ; Hartgers et al., 1992 ;

Jose et al., 1993). Plus tard, au fur et à mesure que les recherches sur le « partage » se multiplient, la complexité du phénomène se précise. Plusieurs chercheurs découvrent que la préparation de la drogue (diluer la substance, la réchauffer, la filtrer) nécessite souvent l'utilisation d'autres équipements que la seringue — par exemple, le contenant de dilution, le contenant d'eau ou le filtre (Chitwood et al., 1990 ; Grund et al., 1991 ; Koester et al., 1996). Ces autres matériels peuvent aussi être partagés, entraînant des risques d'infection moins importants que le « partage » de seringue, mais significatifs (Chitwood et al., 1990 ; Heimer et al., 1996).

Par ailleurs, les chercheurs découvrent aussi que le terme « partage » qu'ils utilisent pour désigner les pratiques à risque d'infection, n'est pas toujours approprié. Dans plusieurs situations, le « partage » n'a pas le sens symbolique de solidarité suggéré par des travaux culturalistes (Koester, 1994 ; Carlson et al., 1996). En fait, il répond souvent à des impératifs très pragmatiques (manque d'argent, manque de seringue, symptômes de sevrage, etc.). Certains auteurs choisissent alors d'utiliser des termes comme « emprunt » ou « prêt », qui reflètent davantage l'aspect pragmatique du phénomène. De fait, la signification de l'activité du « partage » et les motifs qui la gouvernent nous montrent qu'il n'existe pas de terme parfait qui puisse décrire toutes les situations. Par exemple, dans une relation de couple, les partenaires utilisent souvent tous leurs biens ensemble et le matériel d'injection ne fait pas exception ; à leurs yeux, il ne s'agit pas de « partage »

puisque le matériel leur appartient à tous les deux (Des Jarlais, 1989 ; Murphy, 1987).

Bref, il est clair que le « partage » du matériel d'injection chez les UDI réfère à une réalité complexe qui englobe plusieurs activités et plusieurs sens selon les circonstances et les acteurs. C'est pour saisir et comprendre cette réalité chez les jeunes UDI que nous avons entrepris notre étude. En effet, bien que plusieurs recherches aient montré que le « partage » du matériel d'injection est fréquent chez les jeunes UDI (Cassin et al., 1998 ; Kipke et al., 1996 ; Kral et al., 2000 ; Miller et al., 2002 ; Roy et al., 2001 ; Smyth et al., 2001 ; Thorpe et al., 2001), très peu d'études ont tenté de comprendre les contextes influant sur cette pratique dans leur milieu (Plumridge et Chetwynd, 1998 ; Montgomery et al., 2002 ; Kipke et al., 1996 ; Smyth et al., 2001). Depuis plusieurs années, nous travaillons avec les jeunes de la rue, une population parmi laquelle l'injection de drogues est très fréquente (Roy et al., 2000a ; Roy et al., 2000b ; Roy et al., 2002). L'objectif de cette étude était de connaître les formes que prennent le « partage » du matériel d'injection chez les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues ainsi que les contextes dans lesquels celles-ci se produisent dans les conditions de vie et de consommation particulières de la rue.

### Méthodologie

Dans cette étude, nous avons eu recours à l'approche qualitative. Par sa grande ouverture sur les milieux naturels (Denzin et Lincoln, 1994), cette approche est souvent utilisée dans l'étude des groupes sociaux à la marge de la société (Bourgois, 1998). Nous avons choisi d'utiliser la technique de l'entrevue en profondeur afin de rendre compte des expériences individuelles des personnes interrogées à partir de leur point de vue d' « acteur social ». Par sa souplesse, cette technique a aussi l'avantage de faciliter l'émergence de dimensions imprévues au début de la recherche, ce que les études quantitatives, par leur structure plus rigide, ne permettent pas. Une telle stratégie de recherche a été jugée la meilleure dans un contexte où il n'existait pas encore

d'étude sur les pratiques d'injection chez les jeunes de la rue de Montréal.

### Échantillon à l'étude

Nous avons choisi de donner un sens large au terme « jeune de la rue », de façon à y inclure les expériences de rue aussi variées que possible. Nous avons considéré les jeunes âgés de 15 à 22 ans, qui, dans l'année précédant l'étude, avaient eu besoin plus d'une fois de chercher un endroit pour passer la nuit, ainsi que ceux qui n'avaient pas été dans cette situation, mais qui avaient régulièrement utilisé les services communautaires dédiés aux jeunes de la rue à Montréal. Concernant l'expérience d'injection, nous n'avons considéré que les jeunes qui s'étaient injecté de la drogue dans les six mois précédant l'entrevue. Enfin, les jeunes devaient avoir commencé à s'injecter des drogues en 1990 ou après ; nous voulions ainsi refléter les pratiques ayant cours depuis l'ouverture des programmes d'échange de seringues à Montréal.

Pour assurer la représentativité sociologique du phénomène à l'étude (Michelat, 1975), nous avons développé une stratégie d'échantillonnage respectant les principes de saturation et de diversification des expériences (Glaser et Strauss, 1967 ; Laperrière, 1997 ; Pires, 1997). D'abord, nous avons sélectionné les participants selon les variables stratégiques pertinentes, soit l'âge, le sexe, la fréquence d'injection et la drogue la plus souvent injectée. Ensuite, nous avons varié les lieux de recrutement à partir des organismes œuvrant auprès des jeunes de la rue et des programmes communautaires d'échange de seringues. Enfin, nous avons utilisé la technique de boule de neige (Biernacki et Waldord, 1981) pour rejoindre ceux qui ne fréquentent pas ou ne fréquentaient pas souvent les services (par exemple, les mineurs en bas de 16 ans ou les jeunes sous mandat d'arrestation). Par ailleurs, nous inspirant des techniques développées par les auteurs de la perspective du « grounded theory » (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990), nous avons procédé à un échantillonnage continu. Ainsi, au fur et à mesure que de nouvelles dimensions émer-

geaient des entrevues réalisées, nous recrutons de nouveaux participants correspondant à ces expériences. Nous avons procédé ainsi jusqu'à ce que l'analyse des nouvelles entrevues ne permette plus ni la découverte de nouvelles dimensions ni la collecte de nouvelles données sur ces dimensions.

## Les entrevues

Les entrevues se divisaient en une section semi-directive et une section davantage structurée. Dans la première, nous avons abordé l'histoire de vie du jeune à partir de son enfance, l'organisation actuelle de sa vie, son rapport avec la rue, ses valeurs, ses activités et ses stratégies de survie. Ensuite, nous avons abordé ses habitudes de consommation de drogues et ses pratiques d'injection, en particulier l'utilisation des matériels d'injection. Afin de permettre au jeune de livrer son expérience de la façon la plus libre possible, cette partie de l'entrevue était conduite d'une façon ouverte et générale du style « Raconte-moi comment s'est passée ta première injection ». Ainsi, le participant pouvait aborder librement les dimensions non prévues dans le schéma d'entrevue, mais importantes à ses yeux. La suite de l'entrevue était plus directive et visait à documenter, lorsqu'ils n'étaient pas abordés spontanément, certains aspects rapportés dans la littérature comme éléments influant sur le « partage ». Ainsi, avons-nous abordé les perceptions du jeune par rapport à sa vulnérabilité et la gravité des problèmes de santé reliés à l'injection de drogues et au « partage » du matériel d'injection, ainsi que ses perceptions par rapport aux normes de son milieu concernant le « partage » (Longshore et Anglin, 1995 ; Friedman et al., 1994 ; Godin et Kok, 1996). Nous terminions l'entrevue avec les stratégies que le jeune utilisait pour réduire ses risques et enfin, avec son expérience des programmes d'échange de seringues.

Les entrevues ont été réalisées dans les locaux d'organismes communautaires travaillant auprès des jeunes de la rue. Une somme de 20 \$ était remise au participant à titre de dédommagement. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique du

centre de recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Les entrevues ont été menées entre le 18 novembre 1996 et le 17 juillet 1997.

## L'analyse

L'analyse des données a débuté dès les premières entrevues et fait l'objet d'une analyse verticale et transversale selon les thèmes majeurs de notre recherche. Tout au long de l'analyse, le corpus a été soumis à un processus continu de comparaisons constantes (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1990). Pour garantir la validité interne de l'analyse, les entrevues ont fait l'objet de discussions de façon à obtenir un « consensus intersubjectif » sur les dimensions identifiées (Laperrière, 1997).

## Résultats

### Portrait général des jeunes

Nous avons interrogé 24 jeunes âgés entre 15 et 22 ans, dont 11 filles et 13 garçons. Tous les jeunes satisfaisaient aux critères d'admissibilité à l'étude, mais la plupart avaient un domicile. Toutefois, au cours des six mois précédant l'entrevue, 18 jeunes avaient passé au moins une nuit dehors et 13 dans un refuge, ce qui suggère une grande précarité résidentielle. De plus, dans le but d'assurer leur survie, la plupart des jeunes participaient, à divers degrés, à l'économie de la rue. Ainsi, durant les mêmes six mois, 15 jeunes avaient eu pour revenu principal le « squeegee » et deux autres, la vente de drogue.

La majorité des jeunes (mais pas tous, soulignons-le) ont une histoire familiale, sociale et affective très perturbée. Ils relatent une enfance marquée par le rejet, la violence, l'abus d'alcool ou de drogues chez les parents, ou la maladie mentale dans la famille. Bien avant d'arriver dans la rue, la plupart des participants ont déjà consommé des substances psychotropes variées et ce, depuis qu'ils sont très jeunes. Toutefois, dans la majorité des cas, le début de l'injection de drogues est survenu une fois « passés » à la rue.

À ce sujet, soulignons qu'« être dans la rue » est un concept flou. Cela ne signifie pas nécessairement être sans domicile. On peut entretenir divers liens avec la rue. C'est le cas de nos participants, dont l'intensité du rapport avec la rue varie. Certains ne fréquentent les rues de Montréal, en particulier le centre-ville, qu'en été et durant la fin de semaine. Pendant l'année scolaire, la semaine, ces jeunes retournent chez leurs parents et continuent leurs études.

*Y a le monde de la fin de semaine. Y a le monde de la semaine. Parce que dans mes amis, t'sais, y a ben du monde qui vont à l'école. (Fille, 18 ans)*

À l'autre extrémité, se trouvent ceux qui ont quitté leur famille, qui ont été mis à la porte par leurs parents ou qui sont en fugue des centres d'accueil. Ils ne fréquentent plus l'école et se retrouvent dans le centre-ville parce qu'ils n'ont pas d'autre endroit où aller.

*Ma mère a décidé de me crisser dehors, fait que je suis venu. La seule place pour venir, c'était en ville. Parce que tu peux avoir tout gratis, puis tu vas quêter. (Garçon, 22 ans)*

Pour survivre et pour financer leur consommation, les jeunes ont recours à divers moyens comme l'aide sociale, l'aide des parents ou celle des amis, et ils ont des activités comme la quête, le « squeegee », le vol ou la vente de drogues. Certains racontent que leur consommation exige plusieurs centaines de dollars par jour et que pour s'en sortir, ils doivent faire de la prostitution. Plus de la moitié de nos participants se sont déjà prêtés à une telle activité, dont ils parlent d'ailleurs avec beaucoup de réserve. Certains font aussi commerce d'autres types de service. C'est le cas de Patrick, 19 ans, qui dispose d'un appartement et d'un revenu relativement stable grâce à la prostitution et à la vente de drogue. Au début, c'est pour le plaisir de consommer entre amis qu'il reçoit chez lui. Plus tard, il découvre qu'il peut se procurer des revenus supplémentaires en fournissant le lieu d'injection (son appartement) ou l'équipement nécessaire aux UDI moins bien organisés.

L'expérience des jeunes semble confirmer l'hypothèse de Bourgois (1992), qui rapporte que, bien que non conventionnelle, l'organisation de la vie quotidienne dans la rue nécessite souvent une gestion exigeante. Ceci est surtout vrai pour les grands consommateurs de drogues ou pour ceux qui n'ont pas de solution de rechange à la rue. Ces jeunes doivent gérer leur vie en fonction des horaires des services (refuges, soupes populaires, programmes d'échange de seringues ou autres). Ils doivent aussi s'adonner à toutes sortes d'activités souvent illégales pour assurer leur survie et leur consommation. À cet égard, il est essentiel pour eux d'entretenir un réseau « efficace » de relations, que ce soit avec les clients ou les revendeurs. Les amis sont aussi très importants, car l'entraide permet d'éviter bien des problèmes comme manquer de drogue ou se faire prendre par la police.

*J'ai demandé à P, parce que P, c'était mon... le gars qui watchait pour les polices. Puis là j'ai dit envoye vite. Quand mon chiffre finit dans 15 minutes, on est allé, je me souviens pu c'est où. On est allé chercher des seringues... Tout le temps avec le même cercle d'amis ouais. On faisait des clients avec le même cercle d'amis. On avait toute notre... notre propre rôle. On était une bonne manière de fronter. On était chum. On se frontait. Ouais. C'était tout le temps une bonne manière. Je pouvais avoir de la coke, pour 14 ou 20 \$ n'importe quand. Même si j'avais pas d'argent. (Garçon, 19 ans)*

Cela dit, vivre dans la rue n'est pas seulement exigeant, c'est aussi avoir du plaisir, « rencontrer du monde », « se promener », « aller dans les bars », « aller voir des shows » ou faire de la musique. Sans doute cette forme de socialisation contribue-t-elle à la constitution de groupes qui partagent les mêmes valeurs. L'un des groupes les plus importants est celui des « anarchistes », qui dénoncent l'hypocrisie de la société, la trop grande importance que celle-ci accorde à l'argent de même que la différence entre les pauvres et les riches. Toutefois, la plupart des jeunes ne semblent pas rompre complètement avec les valeurs traditionnelles et nous n'avons pas rencontré

de jeunes qui voulaient rester dans la rue. Comme les citoyens non marginalisés, plusieurs d'entre eux rêvent d'avoir un travail, de bâtir une famille avec des enfants, d'avoir une maison, si possible loin de la ville, pour éviter que les enfants « tournent mal » ou soient tentés de consommer de la drogue.

*J'vas devenir un plombier pis j'vas me faire grossir. (...) c'est ça que j'veux, j'veux juste avoir une p'tite job là, ben relaxe. (...) J'aimerais ça avoir genre une petite maison, pas à Montréal (...). C'est pas bon. Pis quand t'as des enfants, c'est la meilleure place pour qu'y tournent... bizarres, fuckés. Acheter un petit boutte de terre, 6 pieds par 8 pieds, construire une petite maison dessus, ben p'tite, là. Vivre là-dedans.* (Garçon, 19 ans)

Malheureusement, en s'éloignant de plus en plus des réseaux de socialisation « traditionnels » et d'une structure de vie qui leur est reliée, certains perdent graduellement les habiletés qui leur permettraient de réaliser leur rêve. Ils perdent, entre autres, l'habitude d'une gestion conventionnelle du temps. Ainsi, même s'ils chérissent encore le désir de trouver un appartement, de se réinscrire à l'école ou de dénicher un travail, ils continuent à faire du « squeegee », à quêter et à « voir le monde », et les journées passent sans qu'ils entreprennent les démarches tant souhaitées.

*(...) j'ai tellement rien à faire que j'ai le temps de rien faire. Rires]. (...) t'sais regarde c'est pas dur... ce que j'ai à faire là, c'est m'en aller à Face à Face, puis avoir une preuve de résidence puis aller au B.S. pour avoir du B.S. (...) C'est juste ça que j'ai à faire dans une journée, je ne le fais pas. J'ai pas le temps de le faire. Je me promène d'un bord à l'autre. Je vois mes chums.* (Fille, 20 ans)

Même si les jeunes de la rue se disent « marginaux », la plupart refusent de se définir par leur style de vie dans la rue ou par leurs habitudes de consommation. Ils ne s'identifient pas à ces « identités souillées », pour reprendre l'expression de Erving Goffman (1975), que sont les « jeunes de la

rue » ou les « junkies » et souhaitent être considérés dans leur individualité. Ce qu'ils dénoncent avant tout, c'est le stigma attribué à ces identités.

*Comme là, junky, ça le dit, junky, c'est de la junk, c'est poubelle, de la marde, je sais pas, t'sais dans le fond, c'est quoi, t'sais, dans le fond, c'est du monde qui se piquent, qui tripent, c'est pas pire que de faire de la mesc. (...) même une personne qui est accro, c'est une personne avant d'être une junkie, là t'sais.* (Fille, 18 ans)

### L'utilisation commune des matériels d'injection ou le « partage » ?

Considérant les critiques dans les écrits à l'endroit du mot « partage », nous avons demandé aux jeunes de se situer par rapport à ce terme. De façon générale, leur discours semble confirmer qu'il s'agit là d'un terme « construit » par les chercheurs pour désigner un ensemble de pratiques référant à l'usage commun des matériels d'injection. En effet, le terme « partage » n'apparaît jamais spontanément pendant les entrevues, et lorsqu'on demande aux jeunes de décrire leur première ou leur dernière injection, aucun n'utilise le mot « partage » au moment de parler de ses pratiques. Par ailleurs, quand on leur demande précisément ce que veut dire « partage du matériel d'injection », les jeunes comprennent bien de quoi il s'agit, le terme ayant été largement repris dans l'intervention auprès des UDI. Ainsi, si le terme « partage » ne correspond pas tout à fait à la réalité, on peut sans doute dire qu'il est passé dans l'usage ou, du moins, dans un certain usage.

Ceci dit, il semble que pour certains jeunes, le « partage » du matériel d'injection renvoie essentiellement à la seringue alors que pour d'autres, il peut inclure d'autres matériels comme le filtre, la cuillère ou d'autres contenants pour diluer ou chauffer la drogue. Il est possible que cela soit dû aux pratiques d'injection de chacun (par exemple, certains n'utilisent pas de cuillère ou de filtre). Il est aussi possible que ce soit dû à l'emphasis mise dans l'intervention sur le « partage » de seringues.

Il convient ici de situer le contexte général et historique de notre étude. Rappelons que pour être recrutés, les participants devaient s'être injecté de la drogue la première fois en 1990 ou après, alors que les programmes d'échange de seringues étaient déjà ouverts. Entre cette date et la fin des entrevues en 1997, les programmes fournissaient presque exclusivement des seringues stériles et des bouteilles pour le transport de l'eau. Les messages préventifs alors en vigueur étaient d'utiliser une seringue stérile différente pour chaque injection et, dans le cas où cela serait impossible, de nettoyer les seringues souillées avec de l'eau de javel. Ces mesures visaient avant tout la prévention du VIH et, à l'époque, on parlait peu des autres matériels d'injection. À la fin des années 1990, avec l'évolution des connaissances scientifiques, on a commencé à diffuser des messages préventifs par rapport à l'utilisation sécuritaire des autres matériels d'injection, surtout à cause d'une préoccupation grandissante en regard de l'hépatite C. La diffusion de ces messages ayant débuté après la fin de notre étude, il est possible que la préoccupation des jeunes par rapport aux autres matériels que les seringues ait changé. Toutefois, comme la distribution de ces autres matériels n'est toujours pas commencée au Québec, il est peu probable que les pratiques aient beaucoup évolué. Les résultats de notre étude restent donc contemporains quant aux contextes particuliers qui accroissent les risques de pratiques non sécuritaires, qu'il s'agisse de la seringue ou des autres matériels.

### L'utilisation commune des seringues

L'utilisation commune de seringues contaminées est la pratique qui présente le risque le plus élevé d'infection au VIH et d'hépatites. Nous avons vérifié auprès des participants non seulement ce que le « partage » de seringues signifie pour eux, mais aussi s'il existe un discours dans leur milieu sur cette pratique<sup>1</sup>. D'une façon générale, les participants ont un jugement très sévère vis-à-vis l'acte de se servir d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre pour s'injecter de la drogue, un geste qu'ils estiment être la cause de la propagation

du VIH et des hépatites chez les UDI. Selon eux, si cette pratique survient encore, personne n'en parle ; ceux qui y ont recours « n'en sont pas fiers » ; tous disent que c'est « con », c'est « stupide », c'est « dangereux », bref que « ça ne se fait pas ». Dans les conditions montréalaises où les programmes d'échanges offrent l'accès à des seringues stériles, cette activité équivaut à prendre un risque inutile.

*Q. Puis ça t'arrives-tu que quelqu'un te propose sa seringue ? R. Bah, c'est rare, là. Si j'en ai pas, c'est moé qui va proposer qu'y me la prête, là, mais c'est rare. Parce que (...) t'sais, il y a des échanges de seringues partout. (Garçon, 20 ans)*

Conformément à leur propre pratique, nos participants estiment qu'en général, « le monde fait bien attention ». Toutefois, il y aurait des exceptions, entre autres « les junkies » et les personnes atteintes du VIH.

Les jeunes jugent les « junkies » très sévèrement. Cette étiquette ne fait pas simplement référence à quelqu'un qui s'injecte de la drogue fréquemment, mais également aux conséquences de cette pratique de consommation intensive. Selon le point de vue des interviewés, un « junkie » serait quelqu'un qui ne contrôle pas ses actes et dont la vie entière tourne autour de la consommation. Surtout, c'est une personne qui « crosse » ses amis, qui vole, qui commet de petites fraudes ou finance sa consommation en se prostituant.

*Junkie, pour moé, c'est quand tu crosses tes chums. C'est quand tu crosses tes proches, t'sé. Là, j'pense que t'es rendu junkie, parce que t'es vraiment pu conscient de tes actes là, pis tu vis juste, juste pour la drogue. (Fille, 18 ans)*

L'autre exception, celle des personnes déjà atteintes du VIH, serait due au fait qu'elles considèrent qu'elles « ne peuvent plus rien attraper ». Les jeunes disent cependant que même si à première vue, elles ne semblent pas se préoccuper des risques d'infection, elles font tout de même attention aux autres en s'injectant la drogue en dernier. Si ces personnes utilisent des seringues déjà utilisées par

d'autres, elles évitent de prêter, donner ou laisser traîner leurs seringues contaminées.

À partir des récits recueillis, on peut donc conclure que l'utilisation des seringues non stériles n'est pas une pratique valorisée ni courante chez les jeunes de la rue de Montréal. Ceci dit, cela se produit tout de même dans certains contextes.

### Moments critiques de la consommation par injection

La première injection est l'un des contextes où les risques de pratiques non sécuritaires sont présents. Les récits des jeunes suggèrent que l'injection est très à la mode dans leur milieu. Plusieurs ont déjà songé à s'injecter de la drogue avant de commencer à le faire, mais la plupart passent à l'acte sur un coup de tête. Dans l'excitation de cette première expérience, les novices ne se préoccupent que rarement de la sécurité de leur injection, le goût du « trip » prenant le dessus. La seringue utilisée est alors celle qui est disponible sur place, qu'elle soit neuve ou usagée. L'exemple de Nathalie est éloquent à ce sujet. Le jour de sa première injection, elle cherche d'abord de la cocaïne, une drogue qu'elle fume déjà depuis plusieurs années et de façon de plus en plus intensive. Elle demande à deux amis, « des squeegees du centre-ville », de lui trouver un « quart de coke ». Après avoir acheté la drogue, les deux amis, qui n'ont qu'une seule seringue, s'injectent la drogue l'un après l'autre. En voyant ses amis, curieuse, Nathalie veut essayer l'injection et c'est avec la même seringue que l'un de ses amis lui injecte la drogue.

*On s'en va à la Place des Arts. Fait que là ils avaient juste une seringue, puis ils étaient déjà deux. Fait que là il y en a un qui se fait son hit, puis là l'autre il le fait. Fait que là moé j'avais encore mon quart dans les mains. Fait que là je les regardais aller. Ben moi aussi je veux le faire de même. Je veux l'essayer. Fait que là, M. a dit non, non, non, tu fais pas ça de même. Bon, tu l'as jamais faite, puis je ne veux pas que tu fasses ça comme ça, puis toute ça. Fait que là,*

*je dis, ben fuck off man, t'as rien à chialer, toé tu le fais de même, t'sais, tu me diras pas comment le faire. Fait que là l'autre qui était avec, il dit ben je vas y faire. T'sais la grosse chicane entre les deux. Fait que là à un moment M. se retourne pour tchequer de quoi, puis là l'autre il a fait mon hit. (Fille, 20 ans)*

Ici on observe que le caractère imprévu de la première injection n'est pas le seul élément ayant provoqué le « partage ». Comme on le verra d'ailleurs à plusieurs occasions, c'est généralement une multitude de facteurs qui entrent en jeu. Dans le cas de Nathalie, il est possible que son besoin de consommer la cocaïne l'ait incitée à consommer sur-le-champ, même avec une seringue déjà utilisée par deux personnes.

Ceci dit, la combinaison de facteurs n'entraîne pas nécessairement l'utilisation d'une seringue non stérile, notamment si l'initiation survient ailleurs que dans la rue, par exemple, dans un appartement où il y a une quantité suffisante de seringues neuves. C'est le cas d'Annie, qui se fait injecter de la drogue la première fois à l'âge de 16 ans. Pour acheter du « smack » (héroïne), ce qu'elles fument à l'époque, Annie et sa copine se rendent chez un revendeur. Dans l'appartement où elles l'attendent, elles se font offrir un « hit de coke » par des gens qui consomment la cocaïne par injection. Les deux filles acceptent l'invitation et se font injecter la drogue chacune avec une seringue neuve.

On constate que dans le contexte d'une première injection non planifiée, les circonstances de l'événement sont déterminantes quant aux pratiques. La disponibilité du matériel d'injection et le type de pratique des « experts » au moment même de l'initiation sont sans doute les facteurs les plus importants.

Tous les jeunes ne s'initient pas à l'injection à l'improviste. Certains s'y préparent soigneusement et vont chercher une seringue neuve dans les locaux d'un programme d'échange de seringues ou dans une pharmacie. Quelques-uns s'injectent la drogue sans l'aide « d'experts ». Ce serait alors l'ignorance d'un

savoir-faire minimal qui les conduirait à prendre des risques. C'est le cas de Caroline et Marie, deux « banlieusardes » encore peu familières avec le centre-ville et les drogues qu'on y trouve. Lors de leur première injection, elles partagent la même seringue (neuve), malgré qu'elles en aient une seconde, simplement parce qu'elles ignorent comment séparer la drogue qu'elles ont préparée dans une seule seringue. Elles s'injectent donc la drogue l'une après l'autre. Ce qui suit illustre bien à quel point Caroline et Marie sont ignorantes du B.A.-Ba de l'injection de drogues.

*Mais dans le fond on se piquait même pas dans la veine, là. T'sais, on savait pas qu'il fallait qu'on pompe le sang pour savoir si tu étais dans ta veine, ça ne buzzait pas partout, là t'sais.* (Fille, 16 ans)

Constatant qu'elles devront « partager » la même seringue, elles jugent que, de toute façon, les risques sont faibles puisque c'est la première fois pour toutes les deux et donc, selon elles, elles ne peuvent être infectées. Cette évaluation n'est malheureusement pas juste car elles auraient pu acquérir le VIH ou une hépatite par relation sexuelle, ce qu'elles semblent ignorer.

*On ne l'avait pas mis dans deux seringues séparées, là. T'sais, on l'avait mis dans la même. T'sais, on savait qu'on n'avait pas rien, ni l'une ni l'autre.* (Fille, 17 ans)

Tous les jeunes ne font pas ce type d'évaluation des risques, car, pour la plupart, l'enjeu principal lié à l'injection est d'éviter de développer une dépendance. Il faut souligner ici que nous n'avons pas rencontré un seul jeune qui ait dit qu'il hésitait à s'injecter de la drogue de peur d'attraper le sida ou d'autres infections.

*Ça fait longtemps que je voulais essayer, mais je me suis dit si j'essaie, je vais aimer ça, je vas en faire tout le temps.* (Garçon, 18 ans)

La rechute dans la consommation constitue un autre moment critique favorisant le recours à une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre. Nous

avons en effet observé que les stratégies des jeunes pour contrôler ou arrêter leur consommation vont souvent à l'encontre des stratégies favorisant l'utilisation de seringues stériles. Par exemple, pour ne pas succomber à la tentation de consommer, certains jeunes ne conservent pas de seringues sur eux. Il arrive aussi qu'ils évitent les programmes d'échange de seringue parce qu'ils ne veulent pas dévoiler leur rechute à leurs amis ou aux intervenants. Ainsi, lorsqu'ils rechutent, ces jeunes n'ont pas le matériel nécessaire pour s'injecter la drogue de façon sécuritaire.

Entre ces deux moments de la trajectoire de consommation (initiation et rechute), le jeune qui adopte l'injection comme mode de consommation apprend peu à peu les pratiques du « milieu ». Pour lui, commence le processus d'apprentissage des techniques qui lui permettront d'effectuer une injection à la fois « efficace » et stérile. Une nouvelle période de sa trajectoire de consommation commence, une trajectoire qui pourrait être ponctuée de moments de consommation intensive, d'arrêts et de rechutes se succédant à des fréquences et à des intervalles divers. Durant cette trajectoire, non seulement la rechute, mais aussi et surtout les phases de consommation intensive constituent des moments importants de vulnérabilité. Tous les jeunes ont parlé des « junkies » qui consomment de façon effrénée ; à ce stade de consommation intensive, l'injecteur utiliserait n'importe quelle seringue.

*Le monde que je me suis injecté avec, que je connaissais pas beaucoup, étaient vraiment junkies. Eux autres s'en crissaient. Heum... il y a le monde qui ne sont pas capables de dire non.*  
Q. *Qui vont prendre n'importe quelle seringue ?*  
R. *Une seringue à terre.* (Garçon, 19 ans)

Dans un contexte de consommation intensive, l'effet physiologique de la substance a aussi une influence sur les pratiques. L'effet de la cocaïne injectée est rapide et de courte durée. Une fois l'effet disparu, la sensation de « manque » (*craving*) apparaît très vite. Cela se traduit souvent par des épisodes de consommation en salve (*binge*), qui sont particulièrement propices aux pratiques d'injection à risque.

*C'était dur, mais c'est la coke. (...) Là, si tu l'as dans les mains, là, ça ne te tente pas d'attendre une demi-heure, là. (Fille, 18 ans)*

Au contraire, les jeunes nous ont raconté qu'avec l'héroïne, la sensation du manque entre deux hits est moins pressante et qu'ainsi ils pouvaient prendre leurs précautions.

*Le smack, j'étais ben moins pressé à en faire là. T'sais le smack, tu le sais, que tu vas buzzer pendant un est de boutte. Fait que, j'étais pas pressé là. Je désinfectais ma cuillère, là. Là je faisais toute. Je me désinfectais le bras. (...) Le smack, j'ai jamais pris d'autres seringues. (Garçon, 17 ans)*

## L'injection et la rue

La plupart des jeunes ont identifié l'injection dans la rue comme un contexte favorisant le recours à des matériels d'injection déjà utilisés par d'autres.

*Quand tu es dans une maison, c'est moins pire. C'est quand t'es dehors, là t'sais, c'est fucké. (Garçon, 20 ans)*

À cet égard, l'influence des conditions socio-économiques des injecteurs semble très importante. Plus qu'au lieu lui-même, nous faisons référence ici à la trajectoire de vie dans la rue. Cette dernière, comme la trajectoire de consommation, n'est pas linéaire ; elle est ponctuée, entre autres, d'allers-retours entre être sans-abri, d'une part, et disposer d'un appartement, d'autre part. C'est au moment où il est sans-abri que le jeune est le plus vulnérable. Ne disposant pas d'endroit pour stocker des seringues, préparer sa drogue et se l'injecter en sécurité et à l'abri des intempéries, il peut choisir de le faire dans les lieux publics ou d'aller chez des gens qui disposent d'un appartement à cette fin. Ces lieux, souvent appelés des « piaules », s'apparentent aux piqueries décrites dans la littérature. Dans ces cas-là, comme dans une véritable relation d'affaires, le jeune doit dédommager ses hôtes, par exemple, en fournissant une part de sa drogue ou avec de l'argent et il doit se soumettre aux règles de l'endroit.

Patrick est l'un de nos jeunes qui dispose d'un appartement et qui, moyennant un certain dédommagement, accueille les UDI qui n'ont pas d'endroit pour se piquer. Patrick ne fournit pas que l'appartement. Ceux qui se présentent chez lui peuvent obtenir sur place tous les services dont ils ont besoin, y compris les seringues. Il raconte qu'il garde souvent chez lui des seringues achetées dans une pharmacie pour les revendre, mais que cela lui arrive aussi de se retrouver sans seringue. Dans ces moments, il donne ses propres seringues déjà utilisées à ceux qui arrivent chez lui sans équipement.

*J'ai un appartement, j'ai presque tout le temps eu un appartement, j'ai tout le temps eu mes cuillères, mes seringues, c'est le monde qui venait m'emprunter des seringues, t'sais. (...) tu as du monde qui n'ont pas d'appartement, qui viennent profiter du monde qui ont un appartement. Puis le monde qui ont un appartement profitent de ce monde-là parce que le monde peuvent être chez eux puis ils pognent des cotes. Puis t'sais, c'est tout le temps le jeu de... du profit t'sais. C'est heum... tu me donnes... je te donne de quoi, tu me redonnes en échange t'sais. (Garçon, 21 ans)*

## Les rapports entre injecteurs

D'après les récits des participants, il semble que dans un couple stable où les deux partenaires s'injectent, les seringues soient souvent utilisées en commun, plus volontiers qu'avec d'autres partenaires. Les raisons que donnent les jeunes sont tantôt d'ordre rationnel, tantôt d'ordre émotif.

*C'est comme, c'est (...) comme avec I., bon, on couchait ensemble, pas de capote fait que... on échangeait nos seringues souvent. Mais avec quelqu'un d'autre, ça me faisait... ça me faisait capoter un peu. (Fille, 18 ans)*

*Ah ben c'est pas grave, moé, même s'il aurait eu de quoi là, je l'aimais tellement que je m'en crissais de le pogner, parce que je voulais trop être avec lui. (Fille, 18 ans)*

Bien qu'il soit difficile de distinguer les raisons qui motivent les pratiques de celles qui les justifient après coup, le discours des jeunes permet de voir l'importance d'étudier l'utilisation commune des seringues à la lumière de la gestion générale des risques face au VIH et aux hépatites. On remarque entre autres qu'aux yeux des jeunes, utiliser la seringue de leur partenaire amoureux ne semble rien ajouter aux risques qu'ils prennent de toute façon lorsqu'ils ont des relations sexuelles non protégées avec ce partenaire. De plus, le fait qu'ils « n'ont rien eu » malgré qu'ils aient eu des pratiques sexuelles non sécuritaires, les rassurent davantage à l'effet que leur partenaire soit « safe ».

*On s'en crissait, on couchait ensemble. Fait que t'sais... t'sais je veux dire, on ne pouvait rien attraper de plus, t'sais. (Fille, 18 ans)*

*Ça faisait un petit boutte qu'on sortait ensemble pareil, fait que dans le fond, là, ça changeait pas grand-chose. Si on avait eu à pogner de quoi, on l'aurait déjà eu mettons là. (Fille, 18 ans)*

Par ailleurs, les jeunes semblent relativiser l'importance des risques qu'ils prennent avec leur partenaire amoureux par rapport à ceux qu'ils prennent avec d'autres. Prendre des risques avec le partenaire amoureux est relativement acceptable. Cela est moins vrai pour les amis, à moins de « bien connaître la personne avec qui on s'injecte la drogue ». Connaître la personne permettrait aussi d'évaluer sa crédibilité quand elle dit « qu'elle n'a rien ». Ainsi, Claudine, une fille de 18 ans qui utilise les seringues de ses amis, estime tout de même important de ne pas prendre la seringue de n'importe qui. Elle ne prendrait pas celle d'une amie qui ne choisit pas ses partenaires sexuels et ses partenaires d'injection.

*(...) je ne l'aurai pas faite [prendre la seringue de son amie], parce que elle, je le sais qu'elle a faite ça une couple de fois avec pas mal de monde. Sans savoir c'était qui t'sais. (...) je veux dire le monde avec qui je l'ai faite, comme P., lui non plus il ne fera pas ça avec n'importe qui de même, puis il ne couchera pas mettons*

*avec n'importe qui. Fait que elle, elle, elle je le sais que elle, ça ne la dérange pas t'sais. (Fille, 18 ans)*

Outre le style de vie, les résultats des tests du dépistage font également partie des critères d'évaluation des partenaires. En effet, le test du VIH semble avoir une très grande autorité chez les jeunes.

*Ça me tentait ben gros là. Ça faisait un boutte que j'en avais pas faite. Puis j'en avais pas, là [seringue]. Q. Tu as pris la seringue à qui ? R. Ben du monde que je connaissais, des amis là. Ils ont dit qu'ils ont été faire des tests, puis qu'ils n'avaient rien, là. (Fille, 17 ans)*

Il faut mentionner ici, encore une fois, que même dans les situations d'intimité, le « partage » n'est pas la pratique de premier choix. Comme le mentionne Claudine, elle le fera si elle est « mal pris ». C'est aussi le cas de Frédéric, qui s'injecte régulièrement avec sa blonde mais qui veut éviter les « troubles » qui pourraient survenir lors de l'injection.

*Mal pris, ben tu prends celle d'un autre là que... tu dis ah c'est ton grand chum. On dirait qu'il y a moins de risques que si c'est quelqu'un d'autre (...). (Fille, 19 ans)*

*Je prends tout le temps les miennes. Q. Puis pourquoi tu ne les partages pas ? R. Ben je pourrais avec C. Comme ça fait... ça changerait rien parce que je couche avec. Mais il y a des nouvelles des seringues] fait que ça serait plus de trouble que elle, elle fasse son hit, pis, après ça que moi je le fasse avec la même seringue. T'sais j'ai tout le temps ma seringue à moé. (Garçon, 22 ans)*

Nous avons vérifié dans quelle mesure le pouvoir exercé par un partenaire sur un autre avait une influence sur l'ordre d'injection. Plus précisément, nous avons cherché à savoir si ceux qui offrent des « services » aux autres (« hit » gratuit, appartement, équipement, aide pour l'injection, etc.) contrôlent le déroulement de l'injection et s'injectent la drogue en premier. Selon le discours des jeunes de Montréal, il semble que l'enjeu principal ne soit pas le pou-

voir, mais la rareté. Même dans le cas de Patrick que nous présentions plus haut, lorsqu'il y a assez de seringues propres pour tout le monde, les gens les utilisent. Bien sûr, cette rareté peut être circonstancielle, par exemple, lorsque l'injection est imprévue ou qu'elle survient aux petites heures du matin quand les locaux des programmes d'échange de seringues sont fermés. Dans ces cas-là, encore une fois, les jeunes les plus démunis et ceux en période de consommation intensive sont parmi les plus vulnérables.

*J'ai déjà pris une seringue à terre t'sais. Ouais (...) j'étais sur la coke, puis toute était fermé. Cactus était fermé. Il était tard, j'avais un quart à moé, puis si je promenais, je ne trouvais pas personne qui voulait m'en donner, fait que je suis allée à une place que le monde se shoote, puis j'en ai pogné une. Je l'ai rincée avec de l'eau...* (Fille, 18 ans)

Ceux qui ont besoin d'aide pour s'injecter la drogue ne sont pas nécessairement ceux qui la reçoivent en dernier. L'effet du « manque » chez l'injecteur peut avoir une influence sur l'ordre de l'injection. Comme le dit Philippe, qui ne sait pas s'injecter de la drogue seul, l'ordre dans lequel on lui injectera la drogue dépendra si l'injecteur est « pressé » ou non de prendre la sienne.

*Ben, ça dépend c'est qui. T'sais, si il est pressé, il va se le faire avant. Sinon, il va me le faire avant.* (Garçon, 19 ans)

Également, si l'injecteur craint que, sous l'effet lui-même du « buzz », il manque la veine de celui à qui il doit injecter la drogue, il s'occupera probablement de ce dernier d'abord, comme cela arrive souvent entre partenaires amoureux.

*Quand je n'étais pas capable toute seule, lui il me faisait avant de se le faire. Pour pas qu'il soit buzzé, c'est ça... pour pas ahahahahaha, t'sais. Fait qu'il me le faisait avant, après ça il se le faisait.* (Fille, 18 ans)

D'une façon indirecte, l'effet même de la substance peut aussi influencer sur l'ordre de l'injection. En effet, selon les récits des jeunes, ce sont surtout

ceux qui s'injectent de la cocaïne qui ont besoin des autres, et ce, à cause de leurs mains tremblantes.

*Des fois, il fallait vraiment que je shake, t'sais, quand ça fait longtemps que t'en n'as pas faite là. T'as le shake, tu pognes ton bag, t'es de même. C'est comme donne-moé-le, moé, je shake pas, t'sais.* (Fille, 16 ans)

Nous avons traité ici des différentes formes que peuvent prendre les relations entre deux personnes qui s'injectent ensemble de la drogue. Nous avons surtout parlé de l'influence négative de ces relations sur l'adoption des comportements d'injection sécuritaires du point de vue de la santé.

Ce tableau ne saurait être complet sans mentionner les relations qui encouragent et soutiennent les jeunes en regard des comportements d'injection sécuritaires. En racontant leur vie, nos participants font souvent référence à leurs amis et à d'autres proches (chum, blonde ou membres de leur famille) qui s'injectent de la drogue, mais qui n'utilisent jamais l'équipement des autres, à ceux qui consomment mais ne s'injectent pas de drogue, ou qui ne consomment pas du tout. Ils racontent comment ces personnes les encouragent à ne pas prendre les seringues des autres. Ces relations impliquant des activités complexes ne se comprennent pas facilement à l'aide des seules activités de l'injection ou de la sécurité de celle-ci. En effet, la dynamique des relations interpersonnelles des jeunes s'inscrit plutôt dans un cadre social varié qui comporte des influences multidirectionnelles.

## L'utilisation commune des autres matériels d'injection

Comme nous le mentionnions précédemment, l'utilisation commune des autres matériels d'injection a été abordée auprès des jeunes même si notre préoccupation première portait sur les seringues. D'une façon générale, le nombre et le type de matériels utilisés durant l'injection varient avant tout selon la substance en cause et selon la forme de celle-ci. Par exemple, l'héroïne blanche, la forme la plus consommée à Montréal, est plus facile à diluer

sans être chauffée que l'héroïne brune. La cocaïne, un peu comme l'héroïne blanche, se dilue relativement facilement. Elle est d'ailleurs souvent diluée directement dans le sac (« bag ») dans lequel elle est vendue. L'utilisation commune de certains matériels comme le contenant pour chauffer la drogue ou pour la diluer dépendra donc bien souvent de la drogue utilisée.

*Le smack que je pogne, t'sais, c'est comme des fois là, elle est beige, là, brune, là. Il faut une cuillère en métal pour la faire chauffer. Mais d'habitude, moé elle est tout le temps blanche, fait que tu prends une cuillère en plastique, là. Tu la mets dedans, tu mets de l'eau, te ne la fais pas chauffer, là. Pis c'est correct. (...) dans les restaurants là, je demande une cuillère en métal, quand elle est vraiment brune là, le smack là. (Garçon, 18 ans)*

*Ben les bags, c'est de la coke là. Du smack, c'est dans un papier, fait que je le mets dans ma seringue. Puis je mets de l'eau. Je le shake. (Fille, 18 ans)*

On remarque aussi que, contrairement aux risques liés à l'usage commun des seringues, ceux liés à l'usage commun des autres matériels d'injection sont encore méconnus, surtout chez les débutants.

*Ben, je pense pas que c'est dangereux la cuillère. Mais peut-être le... toute le Kotex là. (Fille, 20 ans)*

*Q. Heum, est-ce que ça t'arrive d'utiliser les autres matériels d'injection comme le coton, la cuillère ? R. Ouais ouais, ça m'est déjà arrivé. T'sais dans les débuts, je ne considérais pas qu'il y avait vraiment des risques avec ça, là. (Fille, 17 ans)*

D'une façon générale, les contextes que nous avons relevés comme contextes d'influence en regard de l'utilisation des seringues s'appliquent aussi aux autres matériels d'injection. Il faut toutefois ajouter que la complexité du processus de préparation de l'injection constitue un facteur clé. En général, plus la préparation est simple, plus les jeunes sont en mesure de contrôler la sécurité des matériels utilisés

en commun. Or, dans certains cas, le nombre de matériels requis est élevé, et, lorsque les jeunes se mettent à plusieurs pour acheter la drogue, la situation peut devenir assez compliquée. Au moment des préparatifs, il faut diluer la drogue et, si nécessaire, la chauffer dans un contenant métallique (surtout dans le cas de l'héroïne). Ensuite, il faut la filtrer, puis la distribuer d'une façon équitable, par exemple à l'aide d'une seringue ou en la prenant tour à tour dans le sac ou dans la cuillère. Cela fait beaucoup d'activités communes et beaucoup de matériels pouvant être contaminés. Les jeunes qui sont « en manque », ceux qui ne connaissent pas bien le pourquoi de ces étapes de préparation et ceux qui ne disposent pas d'un endroit sécuritaire pour s'injecter, prendront plus de risques.

*Non, je prends pas de cuillère. (...) Non. Ben t'sais, au pire aller, des fois... ça m'est arrivé une couple de fois (...) on prenait une canette qu'on trouvait à terre. On avait tout le temps des cigarettes sur nous autres. Genre on prenait une canette, on la revirait à l'envers. Puis on mettait la poudre là. Puis t'sais on la chauffait pour la diluer sur la canette. On prenait un affaire de cigarettes. (...) Ouais, on se complique pas la vie là. Puis en plus c'était toute sale, puis toute ça, mais t'sais tu t'en christ, un coup parti. (Fille, 18 ans)*

## Discussion

Cette recherche est l'une des rares études relatives aux contextes influant sur le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes UDI et la seule ayant été réalisée au Québec. Elle a permis de constater que peu nombreuses sont les situations qui à elles seules amènent nécessairement ou directement à une conduite sécuritaire ou non sécuritaire par rapport à l'utilisation des matériels d'injection. Les contextes de vulnérabilité semblent se constituer plutôt au carrefour de plusieurs facteurs d'ordre individuel et social.

Les jeunes UDI des rues de Montréal sont conscients des risques associés au « partage de se-

ringues » et considèrent qu'il s'agit d'une pratique à éviter. Ce n'est pas le cas pour les autres matériels, ce qui est particulièrement préoccupant compte tenu des risques significatifs d'infection, notamment d'hépatite C.

Nous avons observé que la vulnérabilité en regard de l'utilisation commune des matériels d'injection varie en fonction de la trajectoire de consommation des jeunes UDI. La première injection est l'un des moments critiques de cette trajectoire. L'explication généralement avancée dans les écrits américains est que les jeunes UDI s'initient le plus souvent avec l'aide « d'experts » (Des Jarlais et al., 1986 ; Guydish et al., 1990), qui leur enseignent comment faire, voire les initient à un véritable rituel (Des Jarlais et al., 1986). Ces derniers imposeraient en quelque sorte le déroulement de l'injection. Dans notre étude, nous avons observé que les néophytes sont souvent dépendants des « experts » au moment de la première injection. Cependant, cela n'implique pas nécessairement que l'injection sera non sécuritaire. Dans ce contexte, c'est la disponibilité sur place du matériel combinée aux pratiques des « experts » qui seront déterminants. Le caractère souvent imprévu de cette première injection ajoute à la vulnérabilité des néophytes, qui sont alors dépendants des autres autant pour la fourniture du matériel que pour l'injection elle-même. Par ailleurs, dans les cas plus rares où les jeunes s'initient sans l'aide des « experts », même s'ils planifient leur première injection et se procurent des seringues neuves, leur niveau de connaissance technique aura une grande influence. Celui ou celle qui ne sait pas comment préparer et diviser la drogue correctement sera plus susceptible d'utiliser le matériel de façon non sécuritaire.

Un autre moment critique est celui de la rechute dans la consommation. On a vu que les jeunes évitent de se procurer des seringues stériles afin de réduire leur risque de rechute. Lorsque celle-ci survient, ils n'ont pas sur eux ce qu'il faut pour s'injecter la drogue de façon sécuritaire. Ainsi, et cela est inquiétant, il semble que les stratégies que les jeunes développent pour réduire ou arrêter leur con-

sommation puissent aller à l'encontre de celles qui favorisent les pratiques sécuritaires. Les programmes de prévention devraient donc tenir compte de ce moment critique qu'est la rechute dans la trajectoire de consommation des jeunes UDI.

Les périodes de consommation intensive sont aussi des moments de grande vulnérabilité. Les besoins effrénés et compulsifs de consommer la cocaïne ont, même chez la personne qui fait habituellement attention, une influence néfaste. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature qui montrent que les injecteurs de cocaïne s'injectent très souvent la drogue et le font en salve, ce qui peut favoriser les pratiques non sécuritaires (Levounis et al., 2002 ; Darke et al., 2002 ; Hudgins et al., 1995 ; Watters et al., 1994 ; Bourgois et Bruneau, 2000). Dans notre étude, les jeunes rapportaient que lorsqu'ils s'injectaient de l'héroïne, ils prenaient moins de risque. Selon la littérature, il est possible qu'un degré élevé de dépendance provoquant des symptômes importants de sevrage favorise le « partage » (Koester et al., 1996 ; Sherman et al., 2001). Les injecteurs d'héroïne participant à notre étude étaient relativement jeunes en comparaison des UDI habituellement représentés dans la littérature ; ils ne se considéraient pas dépendants de cette substance. Cela explique peut-être pourquoi les jeunes jugeaient qu'il est plus facile d'utiliser une seringue propre avec l'héroïne qu'avec la cocaïne. Ceci dit, cela n'est pas nécessairement vrai pour les autres matériels, l'héroïne pouvant nécessiter des étapes supplémentaires de préparation.

L'injection dans la rue constitue clairement un contexte de vulnérabilité. Comme nous le mentionnions précédemment, l'influence des conditions socioéconomiques des injecteurs semble très importante à cet égard. Ces résultats font écho à plusieurs études ayant montré que ceux qui ne disposent pas d'un appartement peuvent se retrouver facilement dans des lieux publics ou dans la rue au moment où ils « doivent » s'injecter la drogue, ce qui les amène à prendre des risques, faute de condition propice à l'injection sécuritaire (Ouellet et al., 1991 ; Zule, 1992 ; Bourgois, 1992 ; Koester, 1994 ; Latkin et

al., 1994). Nous avons par ailleurs observé que les jeunes faisaient référence à des endroits particuliers où ils vont quand ils se retrouvent dans une telle situation. Les jeunes ont parlé d'appartement ou de « piaule », des endroits qui ressemblent fort aux piqueries dont il est beaucoup question dans la littérature et qui sont considérés comme des lieux à haut risque d'injection non sécuritaire et d'infection (Des Jarlais et al., 1986 ; Ouellet et al., 1991 ; Koester, 1994 ; Latkin et al., 1996 ; Kipke et al., 1996 ; Bourgois, 1998 ; Bourgois et Bruneau, 2000 ; Strathdee et al., 2001 ; Nelson et al., 2002). L'injecteur qui se réfugie dans ce type d'endroit se retrouve dans la position fragile de celui qui demande un service et il doit par conséquent se soumettre aux règles locales.

Certains auteurs ont souligné les enjeux de pouvoir entre les partenaires d'injection et leur influence sur l'ordre dans lequel les personnes s'injectent la drogue (Zule, 1992 ; Crisp et al., 1998). Selon notre étude, bien que cela arrive, l'échange de services entre UDI ne conduit pas nécessairement à ce type de situation. Il semble que cela soit relié en grande partie à la disponibilité des seringues. En effet, il est important de souligner que le récit des jeunes démontre clairement que la disponibilité des seringues a une influence majeure sur leurs pratiques. À cet égard, les différents programmes de prévention et surtout la distribution des seringues stériles ont certainement positivement influencé les normes sociales dans le milieu des jeunes qui s'injectent des drogues ; ces normes sociales sont maintenant favorables à l'utilisation de seringues neuves. Cependant, il est aussi clair que les jeunes ne s'empêcheraient pas de s'injecter la drogue s'il n'y avait pas de distribution gratuite de seringues neuves. Cette observation confirme le rôle essentiel des programmes d'échange de seringues dans la prévention du VIH chez les jeunes UDI. Elle souligne également la nécessité que les programmes d'échange de seringues prévoient des stratégies de prévention visant l'utilisation sécuritaire des autres matériels d'injection.

Le degré élevé d'intimité entre partenaires qui s'injectent de la drogue est un autre contexte important favorisant l'utilisation non sécuritaire des matériels d'injection. Cela constitue même une stratégie de réduction des risques dans les cas où les matériels ne sont pas disponibles. À cet égard, il semble que les jeunes, comme nous tous, évaluent les risques qu'ils prennent dans leur vie et décident d'en prendre certains dont ils jugent le niveau acceptable. En plus de la dynamique des rapports interpersonnels, ce qu'ils ressentent envers leurs partenaires, notamment l'amour et la confiance, et ce qu'ils connaissent d'eux, notamment leurs habitudes et leur statut VIH, peuvent influencer sur leur décision d'accepter certains risques avec certaines personnes. Conformément à ce processus d'évaluation, les jeunes s'injectent rarement de la drogue avec une seringue déjà utilisée par un inconnu ou par quelqu'un qu'ils connaissent peu. À l'opposé, ils acceptent plus facilement l'idée d'utiliser ensemble leurs matériels d'injection avec leur amoureux. Plusieurs auteurs ont trouvé des résultats semblables, montrant que le « partage » du matériel d'injection était relativement fréquent entre amis proches et entre partenaires sexuels ou amoureux (Barnard, 1993 ; Loxley et Ovenden, 1995 ; Gossop et al., 1997 ; Sherman et al., 2001 ; Smyth et al., 2001 ; Valente et Vlahov, 2001) et que cela pouvait même constituer une stratégie de réduction des risques (Loxley et Ovenden, 1995 ; Valente et Vlahov, 2001).

Remettre en question les évaluations que font les jeunes sans considérer leur perspective serait, à notre avis, leur refuser le statut d'acteur social qui évalue les conséquences de ses gestes en fonction de la signification de celles-ci par rapport à sa propre vie. Cela ne remet toutefois pas en question l'utilité des programmes de prévention qui pourraient aider les jeunes à prendre des décisions mieux éclairées. En effet, dans les décisions que prennent les jeunes, pèse parfois le poids de leur ignorance à propos de certains risques. Tel est le cas des jeunes qui estiment que les risques de l'injection non sécuritaire n'ajoutent rien aux risques qu'ils prennent déjà avec leur partenaire en ayant des relations sexuelles non protégées. Ce lien intime entre la sécurité des prati-

ques d'injection et des pratiques sexuelles dans les relations amoureuses souligne la nécessité de tenir compte de cette complexité dans les interventions de prévention et d'utiliser des approches intégrées pour ce qui concerne les messages.

Nous sommes conscients que le tableau que nous avons dressé du phénomène des pratiques d'injection chez les jeunes de la rue n'est pas complet. La description exhaustive de cette pratique, diversifiée sur le plan des expériences tout comme sur celui des significations, aurait été un projet trop ambitieux. Dans cette étude, nous avons choisi de faire ressortir les contextes dans lesquels s'inscrivent les pratiques d'injection non stériles chez les jeunes, en mettant l'accent sur le « partage » de seringues.

Par ailleurs, la consommation de drogues chez les jeunes de la rue est liée à un ensemble de pratiques dont nous n'avons pas traité toutes les composantes. Ainsi, ne pouvons-nous pas prétendre avoir relevé de manière exhaustive tous les contextes influant sur l'utilisation des matériels d'injection chez les jeunes injecteurs. Par exemple, la revente de drogues semble faire partie du quotidien de la plupart des jeunes UDI, pour qui elle est souvent le seul moyen de financer une consommation devenue trop intensive. Il est possible que le niveau d'intégration des jeunes dans l'économie de la drogue ait une influence sur leurs conduites par exemple, par l'intermédiaire de réseaux sociaux particuliers. L'étude de ce phénomène nécessite toutefois une

investigation particulière. De même, nous n'avons pas pu approfondir l'analyse des pratiques de consommation dans certains lieux tels les « squats » et les « piaules ». Comme Bibeau et Perrault (1990) le soulignent à propos des piqueries, ces endroits revêtent des caractéristiques dont l'étude nécessite des approches particulières.

Ceci dit, la perspective théorique ayant guidé nos travaux reposant sur « le point de vue d'acteur social » des jeunes nous assure que nous avons pu mettre en évidence les principaux contextes faisant sens pour eux.

Finalement, nous sommes conscients que les récits des jeunes peuvent avoir été colorés par une certaine « désirabilité sociale ». L'attitude emphatique de l'intervieweur a cependant certainement permis de réduire l'effet de ce biais, qui est d'ailleurs propre à chaque recherche portant sur les comportements socialement non désirables.

En conclusion, les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation des matériels d'injection par les jeunes de la rue s'inscrit dans des contextes sociaux et individuels particuliers dont peuvent découler différentes pratiques d'injection non sécuritaires. Pour comprendre ces contextes et mieux agir, il est indispensable de favoriser des approches globales et compréhensives tenant compte de la perspective des jeunes, et ce, dans l'intervention tout comme dans les recherches à venir.

## Références

- Barnard, M. A. (1993). Needle Sharing in Context : Patterns of Sharing among Men and Women Injectors and HIV Risks. *Addiction*, 88(6) : 805-812.
- Bibeau, G. & Perrault, M. (1990). *Dérives montréalaises. À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal : Boréal.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research*, 10(2) : 141-163.
- Bourgois, P. (1992). Une nuit dans une «shooting gallery», enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 94 : 59-78.
- Bourgois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts : confronting ethnography, HIV risk, and every day violence in San Francisco shooting encampments. *Substance Use and Misuse*, 33(11) : 2325-2351.
- Bourgois, P. & Bruneau, J. (2000). Needle Exchange, HIV Infection, and Politics of Science : Confronting Canada's Cocaine Injection Epidemic with Participant Observation. *Medical Anthropology*, 18 : 325-350.
- Carlson, R. G., Siegal, H. A., Wang, J. et al. (1996). Attitudes toward Needle «Sharing» among Injection Drug Users : Combining Qualitative and Quantitative Research Methods. *Human-Organization*, 55(3) : 361-369.
- Cassin, S., Geoghegan, T., & Cox, G. (1998). Young injectors : a comparative analysis of risk behaviour. *Irish Journal of Medical Science*, 167(4) : 234-237.
- Chitwood, D. D., McCoy, C. B., Inciardi J. A. et al. (1990). HIV-seropositivity of needles from shooting galleries in South Florida. *American Journal of Public Health*, 80(2) : 150-152.
- Crisp, B. R., Barber, J. G. & Gilbertson, R. (1998). The relative importance of factors which influence order of injecting with a shared needle and syringe. *AIDS Care*, 10(6) : 713-721.
- Darke, S., Kaye, S. & Topp, L. (2002). Cocaine use in New South Wales, Australia, 1996-2000 : 5-year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit drug reporting system. *Drug Alcohol Dependence*, 67(1) : 81-88.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (1994). Introduction : Entering the field of quantitative research. In N.K. Denzin et Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, California : Sage Publications :1-17.
- Des Jarlais, D. C. (1989). *The effectiveness of AIDS Educational Programs for Intravenous Drug Users*. Prepared for the Office of Technology Assessment.
- Des Jarlais, D., Friedman, S. & Strug, D. (1986). AIDS and needle sharing within the IV drug subculture. In D. Feldman et T. Johnson (Eds.), *The Social Dimensions of AIDS : Method and Theory*, New York, Praeger : 115-125.
- Friedman, S. R., Des Jarlais, D.C., & Ward, T.P. (1994). Social Models for Changing Health-Relevant Behavior. In DiClemente, Peterson (Eds.), *Preventing AIDS*, New York : Plenum Press :95-115.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldive Publication.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior : a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health promotion*, 11(2) : 87-98.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gossop, M., Griffith, P., Powis, S. et al., (1997). Continuing drug risk behavior : shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors. *AIDS Care*, 9(6) : 651-660.
- Grund, J. P. C., Kaplan, C. D., & Adrians, N. F. P. (1991). Needle Sharing in the Netherlands : An Ethnographic Analysis. *American Journal of Public Health*, 81(12) : 1601-1607.

- Guydish, J. R., Abramowitz, A., Woods, W. et al. (1990). Changes in needle sharing behaviour among intravenous drug users, San Francisco, 1986-1988. *American Journal of Public Health, 80* : 995-997.
- Hankins, C., Alary, M., Parent, R., Blanchette, C. & Claessens, C. (2002). The SurvUDI Working Group. Continuing HIV transmission among injection drug users in Eastern Central Canada : the SurvUDI Study, 1995 to 2000. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 30*(5) : 514-521.
- Hartgers, C., Van Ameijden, E. J., Van Den Hoek, J. A. R. et al. (1992). Needle Sharing and Participation in the Amsterdam Syringe Exchange program Among HIV-Seronegative Injecting Drug Users. *Public Health Reports, 107*(6) : 675-681.
- Heimer, R., Khoshnood, K., Jariwala-Freeman, B. et al. (1996). Hepatitis in used syringes : the limits of sensitivity of techniques to detect hepatitis B, virus DNA, hepatitis C RNA, and antibodies to HBV Core and HCV antigens. *Journal of Infectious Diseases, 173* : 997-1000.
- Hudgins, R., McCusker, J. & Stoddard, A. (1995). Cocaine use and risky injection and sexual behaviors. *Drug Alcohol Dependence, 37*(1) : 7-14.
- Jose, B., Friedman, S. R., Neaigus, A. et al. (1993). Syringe-mediated drug sharing (backloading) : a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS, 7* : 1653-1660.
- Kipke, M. D., Unger, J. B., Palmer, R. F. & Edgington, R. (1996). Drug use, needle sharing and HIV risk among injection drug-using street youth. *Substance Use & Misuse, 31* : 1167-1187.
- Koester, S. K. (1994). Copping, running, and paraphernalia laws, contextual variables and needle risk behavior among injection drug users in Denver. *Human Organization, 53* : 287-295.
- Koester, S., Booth, R. E. & Zhang, Y. (1996). The Prevalence of Additional Injection-Related HIV Risk Behaviors Among Injection Drug Users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 12*(2) : 202-207.
- Kral, A. H., Lorvick, J. & Edlin, B. R. (2000). Sex- and drug-related risk among populations of younger and older injection drug users in adjacent neighborhoods in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 2000*(24) : 162-167.
- Lamothe, F., Vincelette, J., Bruneau, J. et al. (1997). Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc cohort. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 8*(Suppl. A) : 28A.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In G. Morin (Ed.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Paris : 309-332
- Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D. et al. (1994). My Place, Your Place, and No Place : Behavior Setting as a Risk Factor for HIV-Related Injection Practices of Drug Users in Baltimore, Maryland. *American Journal of Community Psychology, 22*(3) : 415-431.
- Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D. et al. (1996). People and Places : Behavioral Settings and Personal Network Characteristics as Correlates of Needle Sharing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 13*(3) : 273-280.
- Levounis, P., Galanter, M., Dermatis, H., Hamowy, A. & De Leon, G. (2002). Correlates of HIV transmission risk factors and considerations for interventions in homeless, chemically addicted and mentally ill patients. *Journal of Addictive Diseases, 21*(3) : 61-72.
- Longshore, D. & Anglin, M. D. (1995). Intention to share injection paraphernalia : an empirical test of the AIDS risk reduction model among injection drug users. *International Journal of the Addictions, 30*(3) : 305-321.
- Loxley, W. & Ovensden, C. C. (1995). Friends and lovers : needle sharing in young people in Western Australia. *AIDS Care, 7*(3) : 337-351.
- Magura, S., Grossman, I., Lipton, J. et al. (1989). Determinants of Needle Sharing among Intravenous Drug Users. *American Journal of Public Health, 79*(4) : 459-462.

- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, XVI, 229-247.
- Miller, C. L., Johnston, C., Spittal, P. M. et al. (2002). Opportunities for prevention : Hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users. *Hepatology*, 36, 747-742.
- Montgomery, S. B., Hyde, J., De Rosa, C. J., Rohrbach, L. A., Ennett, S., Harvey, S. M., Clatts, M., Iverson, E. & Kipke, M. D. (2002). Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(3) : 453-475.
- Murphy, S. (1987). Intravenous drug use and AIDS : Notes on the social economy of needle sharing. *Contemporary Drug Problems*, 14(3) : 373-395.
- Neaigus, A., Friedman, S. R., Curtis, R. et al. (1994). The relevance of drug injectors' social networks and risk networks for understanding and preventing HIV infection. *Social Science and Medicine*, 38(1) : 67-78.
- Nelson, K. E., Galai, N., Safaiean, M., Strathdee, S. A., Celentano, D. D., Vlahov, D. (2002). Temporal trends in the incidence of human immunodeficiency virus infection and risk behavior among injection drug users in Baltimore, Maryland, 1988-1998. *American Journal of Epidemiology*, 156(7) : 6410-6453.
- Ouellet, L. J., Jimenez, A. D., Johnson, W. A. et al. (1991). Shooting galleries and HIV disease : Variations in places for injecting illicit drugs. *Crime & Delinquency*, 37, 64-85.
- Patrick, D. M., Tyndall, M. W., Cornelisse, P. G. et al. (2001). Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 889-895.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In G. Morin (Ed.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 114-169. Paris.
- Plumridge, E. & Chetwynd, J. (1998). The moral universe of injecting drug users in the era of AIDS : sharing injecting equipment and the protection of moral standing. *AIDS Care*, 10(6) : 723-733.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Boivin, J.-F., Cédras, L. & Vincelette, J. (2001). Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5) : 557-560.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Cédras, L. & Boivin J.-F. (2002). Drug injection among street youth : The first time. *Addiction*, 97(8) : 1003-1009.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J. F., Frappier, J. & Claessens, C. (2000a). Prevalence of HIV Infection and Risk Behaviours Among Montreal Street Youth. *International Journal of STD & AIDS*, 11(4) : 241-247.
- Roy, É., Nonn, É. & Haley, N. (2000b). L'injection de drogues chez les jeunes de la rue. In : G. Morin (éd.) sous la direction de P. Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée : 247-264
- Sherman, S. G., Latkin, A. C., Gielen, A. (2001). Social Factors related to Syringe sharing among injecting partners : A focus on gender. *Substance Use & Misuse*, 36(14) : 2113-2136.
- Smyth, B. P., Barry, J. & Keenan, E. (2001). Syringe borrowing persists in Dublin despite harm reduction interventions. *Addiction*, 96(5) : 717-727.
- Strathdee, S. A., Galai, N., Safaiean, M., Celentano, D. D., Vlahov, D., Johnson, L. & Nelson, K. E. (2001). Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users ; a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine*, 161 : 1281-1288.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques* (pp. 17-47, pp. 95-116, p. 185, pp. 187-188). Beverly Hills, California : Sage Publications.
- Thorpe, L. E., Bailey, S. L., Huo, D., Monterroso, E. R. & Ouellet, L. J. (2001). Injection-related risk behaviors in young urban and suburban injection drug users in Chicago (1997-1999). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 27(1) : 71-78.

- UNAIDS. (2002). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland.
- Valente, T. W. et Vlahov, D. (2001). Selective risk taking among needle exchange participants : implications for supplemental interventions. *American Journal of Public Health, 91*(3) : 406-411.
- Watters, J. K., Estilo, M. J., Clark, G. L. & Lorvick, J. (1994). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA, 271*(2) : 115-120.
- World Health Organization. (1997). *Weekly Epidemiologic Record. Hepatitis C, 72*(10) : 65-72.
- Zule, W. A. (1992). Risk and Reciprocity : HIV and the Injection Drug User. *Journal of Psychoactive Drugs, 24*(3) : 243-249.

## Note

- 1 Nous ne parlons pas ici du « backloading », une pratique courante chez les jeunes et qui a pour fonction le partage équitable de la drogue; elle consiste à mettre bout à bout l'extrémité avant de la seringue « donneuse » et le bout arrière de la seringue « receveuse ». Cette pratique peut présenter des risques d'infection si la seringue utilisée est contaminée.

## 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**

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

**Pierre Lauzon**

Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)  
Centre hospitalier universitaire de Montréal, Unité de toxicomanie

#### Résumé

Au Canada, depuis la fin des années 1990, la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI) est réclamée par des acteurs variés pour différents motifs, les principaux étant d'ordre sociosanitaire. Alors que les LIDI constituent une stratégie de réduction des méfaits qui suscite un attrait certain pour le politique, les consommateurs sont largement absents des débats entourant leur instauration éventuelle, du moins dans le cas de Montréal. C'est ce cas auquel les auteurs se consacrent dans cet article. Certes, on consulte les consommateurs au moyen de questionnaires, mais ces pratiques sont interrogatives et étrangères à une démarche compréhensive. Nous présentons ici une recherche qualitative inductive sur ce que signifie pour des consommateurs marginalisés la disponibilité éventuelle de LIDI à Montréal. La recherche permet également de connaître le type de ressources qu'ils souhaiteraient, le cas échéant, voir mises en place. Les discours des consommateurs conduisent à identifier leurs conditions de vie, la marginalisation et le contrôle social qu'ils subissent en raison du statut socio-juridique des substances qu'ils consomment comme les principales cibles que devraient prendre les services mis en place pour rendre possible l'amélioration de leur bien-être. On observe ainsi une disjonction importante entre, d'une part, le sens que revêt pour les consommateurs la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal et, d'autre part, les principes de légitimation utilisés par les acteurs réclamant l'instauration de tels lieux.

## Shooting-up in the Presence of Care-givers!?

The Drug User's Point-of-view on the  
Possible Establishment of a  
Supervised Injection Facility  
of Illicit Drugs in Montreal.

## ¿Chutarse en presencia de interventores ! ?

El punto de vista de los consumidores  
sobre eventual de lugares de inyección  
de drogas ilícitas en Montreal.

### Abstract

*In Canada, various actors have been requesting supervised injection facility of illicit drugs, since the late '90s, for different reasons, the principal being socio-sanitary. Even though these premises constitute a strategy of harm reduction attractive to the politician, drug users are largely absent from the debate on their eventual implementation, at least in Montreal. This is the case considered by the authors in this article. Of course, users are consulted, through questionnaires, but these are interrogative practices quite different from a comprehensive approach. We present here a qualitative and inductive research on the significance, for marginalized consumers, of the eventual availability of such premises in Montreal. Also, the research allows us to know which type of resources they would wish, should the case arise. Their discourse permits us to understand that the principal target, for the services that are meant to better their well-being, is their life-style, living on the fringe of society and the social control they put up with due to the socio-judicial status of the substances they use. We observe also an important distinction between, on the first hand, the meaning that these designated premises hold for the users in Montreal and, on the other hand, the legitimating principles used by the actors demanding the establishment of such premises.*

### Resumen

*En el Canadá, desde finales de los años 1990, varios actores reclaman que se establezcan lugares de inyección de drogas ilícitas (LIDI), por diferentes motivos, los principales siendo de índole socio-sanitarias. Mientras los LIDI constituyen una estrategia de reducción de los estragos, que suscita un atractivo seguro para lo político, los consumidores quedan bien afuera de los debates alrededor del establecimiento eventual de los LIDI, por lo menos en el caso de Montreal a la cual los autores consagran este artículo. Se les consulta por medio de cuestionarios, pero éstas prácticas son interrogativas y extrajeras a un proceso comprensivo. Éste artículo presenta un informe calitativo inductivo sobre lo que representa para las consumidores marginalizados la disponibilidad eventual de LIDI en Montreal. El informe permite igualmente de conocer el tipo de recursos que los consumidores quisieran ver establecer, en su caso. El discurso de los consumidores conduce a identificar sus condiciones de vida, la marginalización y el control social que soportan, con motivo del estatuto socio-jurídico de las substancias que consumen, cómo objetivos principales que deberían tomar los servicios establecidos para permitir una mejora de su bienestar. Es así cómo se observa una disparidad importante entre, por un lado, el sentido que toma para los consumidores el establecimiento de LIDI en Montreal y, por otro lado, los principios de legitimación utilizados por los actores que reclaman su instauración.*

*La réalisation de cette recherche a été facilitée par le financement octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.*

*Nicolas remercie chaleureusement les personnes interviewées, ainsi que Marie-Andrée Bertrand, Bastien Quirion, Céline Bellot, Jules Duchastel et Julie Bruneau pour leurs importantes critiques des versions antérieures de l'article.*

*Désigner les choses n'est jamais innocent, c'est les précipiter au-delà de leur existence propre, dans l'extase du langage qui est déjà celle de leur fin.* Jean Baudrillard, *Cool Memories*

Au Canada, depuis la fin des années 1990, la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites (LIDI) est réclamée par certains acteurs sociaux ayant à cœur le bien-être des consommateurs de ces substances. Les LIDI sont des endroits, comme il en existe en Europe et depuis peu en Australie, où il est possible de consommer des drogues interdites en n'ayant à craindre d'autre forme d'intervention étatique que le contrôle sociosanitaire<sup>2</sup>. Une variété de motifs sont invoqués pour justifier de tels projets en sol canadien. Par exemple, pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les LIDI s'inscrivent dans l'esprit de la stratégie suivante : « Créer des environnements favorables à une saine gestion de la consommation et à la réduction des méfaits qui découlent d'un usage inapproprié » (MSSS, 2001, 1998).

De façon spécifique, on peut dégager six principes de légitimation dans les écrits portant sur les LIDI (Carrier, 2003) : 1- réduire les problèmes de santé pouvant découler de la pratique d'injection chez les consommateurs ; 2- réduire les nuisances associées à l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse dans les lieux publics et semi-publics ; 3- améliorer l'accès aux services sociosanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs de drogues illicites par voie intraveineuse les plus marginalisés ; 4- offrir un contexte d'usage qui libère de toute

crainte d'appréhension policière et de violence ; 5- réduire les coûts des services de santé liés à la pratique d'injection de drogues illicites ; 6- promouvoir des modalités d'usage autres que l'injection.

De tels principes ont convaincu des acteurs politiques d'envisager la mise en place de LIDI à Vancouver, Toronto et Montréal (Comité consultatif sur la santé de la population, 2001). Des projets pilotes ont été présentés aux élus à Vancouver (Kerr, 2000) et à Montréal (Carrier, 2001a). Dans le cas du Québec, en 2001, la ministre déléguée à la Santé et aux Services sociaux se prononçait publiquement en faveur de la mise en place de LIDI dans le cadre d'expériences pilotes (Dufour, 2001).

Le matériel empirique présenté dans cet article est tiré d'une étude plus vaste conduite par l'auteur principal en 2001 pour le Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes. Le Comité, créé sous l'impulsion du ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, était composé de personnes représentant divers milieux : profession médicale, Cactus Montréal (un programme d'échange de seringues) et Centre Dollard-Cormier. Il avait pour mandat de proposer des stratégies d'intervention afin d'améliorer les conditions de vie des cocaïnomanes montréalais les plus désaffiliés socialement. Trois stratégies complémentaires furent présentées au Ministère, dont celle de mise en place de LIDI. C'est dans le contexte de l'élaboration de cette stratégie que l'auteur principal a mené l'étude dont est tiré le présent article. L'enquête avait pour but de servir de base à la rédaction d'un projet pilote proposant

l'implantation de quatre LIDI à Montréal, projet soumis au ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux en 2001.

Les LIDI constituent une stratégie de « réduction des méfaits » qui suscite un attrait certain pour les acteurs du système politique dans un pays néanmoins attaché à son régime prohibitif<sup>3</sup>. Mais qu'en est-il chez les personnes au nom desquelles on veut mettre en place de tels services ? Le présent article fera état des points de vue des consommateurs de drogues sur la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal. Examinons d'abord ce que révèlent les études ayant porté sur cette question.

## Cochez oui, cochez non

La recension des écrits sur les LIDI n'a révélé que deux études (de langue anglaise) tentant de rendre compte des points de vue des consommateurs dans des villes où de tels services sont en place<sup>4</sup>. Les auteurs des études cherchent en fait à expliquer pourquoi les consommateurs fréquentent ou non les LIDI. Pour y arriver, ils leur font remplir des questionnaires.

Les personnes utilisant les LIDI à Zürich, rapportent Dolan et Wodak (1996), le font d'abord et avant tout afin de pouvoir s'injecter en toute tranquillité (absence de crainte d'appréhension policière ou de violence). Aussi, les auteurs notent-ils que la possibilité d'obtenir gratuitement le matériel nécessaire à l'injection est une motivation importante, alors que la disponibilité de soins médicaux est une case cochée par une minorité de consommateurs. Chez les consommateurs de Francfort sondés par Kemmesies (1995), la principale motivation à la source de l'utilisation des LIDI est également la possibilité qu'offrent ces services de pouvoir consommer « en paix », à l'abri de la répression policière.

Kemmesies (1995) rapporte aussi les motifs invoqués par les personnes préférant consommer dans des lieux publics et semi-publics plutôt que dans les LIDI de Francfort. Ces consommateurs, qui constituent la majorité de l'échantillon, indiquent que les heures d'ouverture des sites sont trop limitées, qu'il

faut attendre pour consommer, qu'il n'y a pas assez de LIDI (distance à parcourir), que le lieu d'achat de substances est en général également le lieu de consommation, que dans les LIDI il est interdit de partager ses produits avec d'autres usagers, que l'atmosphère est déplaisante (lieux bondés et bruyants, atmosphère hecticque) et que l'on y refuse les personnes ayant entrepris une cure de substitution à la méthadone.

Des études exploratoires menées en Australie nous renseignent sur les motifs qui pousseraient les consommateurs de l'État de Victoria à utiliser les LIDI advenant leur mise en place. Chez les 400 consommateurs ayant répondu au questionnaire de Fry, Fox et Rumbold (1999), les réponses, en ordre d'importance, furent les suivantes : pouvoir consommer dans un lieu privé, à l'abri de l'attention publique et de la répression policière ; pouvoir disposer aisément de matériel d'injection ; recevoir des soins en cas de surdose ; pouvoir consommer dans un lieu propre. Dans l'étude de Fry et Testro (2000), les motifs évoqués par les 215 consommateurs sondés furent, en ordre d'importance : pouvoir consommer dans un milieu « sécuritaire » (non violent) ; réduire le risque de mourir en cas de surdose ; pouvoir consommer à l'abri de la répression policière ; réduire la fréquence de l'usage dans les lieux publics ; recevoir gratuitement le matériel d'injection et pouvoir en disposer aisément ; avoir la possibilité de recevoir un counselling psychosocial.

Les résultats de ces deux études, qui appuient les réclamations des organisations les ayant commandées, sont similaires à ceux des études menées en Europe : on s'injecterait dans un LIDI d'abord et avant tout pour avoir l'occasion de consommer à l'extérieur de la rue et à l'abri de ses risques. L'amélioration de l'accès à des services sociosanitaires et thérapeutiques, qui est un objectif parfois attribué à la mise en place des LIDI, ne serait pas une motivation significative chez les personnes faisant usage de tels services ou envisageant de le faire.

Les études australiennes portaient également sur les éléments qui pourraient faire en sorte que les consommateurs ne veuillent pas se rendre dans

les LIDI advenant leur mise en place dans l'État de Victoria. Chez les personnes utilisant les lieux publics comme lieu d'injection, les éléments suivants (en ordre d'importance) constituaient une source de découragement à utiliser les LIDI : la surveillance policière, l'atteinte à la vie privée (être identifié comme junkie ou s'injecter devant le personnel ou des consommateurs inconnus), la crainte pour son intégrité physique, avoir à se déplacer et ne pas avoir le droit d'injecter un ami ou une amie.

Outre la présente enquête, la seule étude ayant pris pour scène Montréal relativement à notre question a été conduite par Craig (2001). La méthode de l'auteure, à l'instar des études considérées plus haut, repose sur la passation de questionnaires (n=195). Sous forme condensée, les résultats pertinents ici sont les suivants : une majorité écrasante de consommateurs (94 %) répondent que la mise en place de LIDI « est une bonne idée », cela pour des raisons de « sécurité », de « santé » ou pour les « services » qui y seraient disponibles. Au contraire, 7 des 195 consommateurs sondés jugent que « ce n'est pas une bonne idée » en raison de la perception d'un « encouragement de l'usage » ou d'une « objection morale ».

Pour ce qui est des services désirés dans d'éventuels LIDI, plus de 95 % des consommateurs ont coché chacune des cases suivantes : « échange de seringues », « intervention en cas de surdose », « provision de matériel d'injection stérile », « références » pour des services en toxicomanie. Par ailleurs, 93 % ont coché la case « counselling et tests » relatifs aux infections virales (VIH, VHC) et 78 % la case « supervision médicale de l'injection ». Enfin, Craig a également proposé aux consommateurs cinq choix de réponses afin de connaître les « barrières » éventuelles à la fréquentation de LIDI. La réponse la plus populaire est l'« attitude négative » des employés (84 %), suivie de la présence policière (81 %), des « environs hostiles (not welcoming) » des LIDI (74 %), du fait d'être « trop pressé » (72 %) et de l'éloignement du lieu d'achat (70 %).

Au-delà des points de vue exprimés par les consommateurs dans le cadre des études citées, les organisations autonomes d'usagers ont-elles pris position sur le sujet ? Ces organisations existent depuis plus d'une décennie dans plusieurs pays européens (Angleterre, Pays-Bas, Allemagne, France) (Jauffret, 2000), en Australie (Crofts, 1995) et au Canada (Wild, 2002). La plupart ont vu le jour dans le contexte de l'émergence de l'épidémie d'infection au VIH chez les usagers de drogues intraveineuses. Elles ont développé des revendications axées sur la prévention du VIH, participé à des campagnes d'information, rendu des services directs aux usagers (échange de seringues, drop-in, hébergement ponctuel, etc.) et participé à des comités consultatifs. Certains de ces groupes ont remis en cause le régime prohibitionniste. Au Canada, VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users) revendique depuis plusieurs années, auprès de son administration municipale, la mise sur pied de divers services à l'intention des usagers, dont des locaux d'injection et des programmes de prescription d'héroïne. VANDU souhaite jouer un rôle actif dans la conception et l'opérationnalisation de ces services. Les problèmes des usagers ont d'ailleurs été au centre des préoccupations et des débats entourant les élections municipales de 2002. Mis à part cette situation qui demeure pour l'instant exceptionnelle, le débat, dans le reste du Canada, est monopolisé par les acteurs habituels de la prévention du VIH : autorités de santé publique, profession médicale, groupes communautaires travaillant auprès des usagers, programmes d'échange de seringues, décideurs politiques. Les usagers sont largement absents du débat ; dans le meilleur des cas, ils pourront faire partie de comités aviseurs qui accompagneront les éventuels projets pilotes.

### L'anesthésie du sens

La recension des écrits révèle donc peu d'études sur les points de vue des consommateurs relativement aux LIDI. On remarque une homogénéité épistémologique et rhétorique dans les travaux accessibles en anglais. Or, le fait que tous les devis de recherche employés soient logico-déduc-

tifs et quantitatifs est problématique pour quiconque s'intéresse à la complexité et à la diversité des points de vue au sein d'un groupe social donné.

Si l'on a à cœur le désir de pouvoir légitimer plus avant la mise en place de LIDI à Montréal en disant que les consommateurs estiment que c'est « une bonne idée » pour des raisons de « sécurité », de « santé » ou pour les « services » qui y seraient disponibles, on se satisfera des études précédentes. Si l'on veut comprendre ce que représente pour les consommateurs la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal, on constatera que les études précédentes n'ont pas été effectuées avec une méthodologie qui permette de saisir ce sens. Nous n'avons, en effet, qu'un discours sur le résultat du calcul de points de vue qui, afin de rendre cette tâche possible, ont été définis préalablement<sup>5</sup>. Que signifie : les consommateurs estiment que les LIDI sont une « une bonne idée » pour des raisons de « sécurité » ? Des chercheurs pourront peut-être s'étonner de notre question et faire valoir les objectifs des LIDI en matière de « sécurité », tels que définis par les politiciens, les intervenants ou d'autres acteurs sociaux, peut-être par eux-mêmes. Ce faisant, notre propos ne serait que mieux illustré : on ne sait toujours rien des points de vue des consommateurs. L'hyperesthésie numérale anesthésie le sens.

Des études quantitatives et prospectives sur les LIDI, nous sommes contraints de ne retenir qu'un seul fait : les consommateurs seraient en faveur de leur mise en place. Pour le reste, une attitude critique à l'égard de la production de la connaissance - et de sa nature - nous mène au constat suivant : nous ne savons pas ce que pensent les consommateurs d'un tel projet et ne pouvons interpréter leur accord avec celui-ci. Nous ne savons pas non plus s'ils souhaitent participer à l'éventuelle instauration des LIDI. Également, l'idéologie de la « réduction des méfaits », se réclamant d'une orientation « humaniste » (ex. : Rozier et Vanasse, 2000 ; Fischer, 1997 ; Riley, 1994 ; Stimson, 1990), veut que les services destinés aux consommateurs soient conformes à leurs vœux. Dans ce cadre, les études antérieures ne permettent pas d'assurer qu'il en soit ainsi. Elles risquent au

contraire de constituer un instrument permettant de légitimer le projet et la morphologie retenue. Un exemple illustrera ce constat.

Dans l'élaboration des projets de LIDI, il doit être décidé si le local où seraient réalisées les injections serait une aire ouverte ou une aire scindée en « cubicules ». Craig (2001) a donc posé la question aux consommateurs sondés, qui ont coché en plus grand nombre la case « cubicule ». On conclut rapidement : les consommateurs préfèrent les « cubicules », la pièce d'injection devra en comporter. Mais si l'on s'intéresse à la façon dont les consommateurs signifient cette possibilité, comme nous l'avons fait, on découvre qu'ils comprennent l'option « cubicule » comme la possibilité d'échapper aux regards des intervenants au moment de l'injection. L'étude de Craig (2001), à l'instar des autres recensées, pose de façon aprioriste la nécessité du contrôle sociosanitaire de l'injection. On n'y apprend donc rien sur ce que représente pour les consommateurs la possibilité d'avoir à se shooter en présence d'intervenants. On ne peut non plus se surprendre que l'opposition de consommateurs en cette matière ne soit pas documentée.

La nécessité d'une étude qui évite les principaux problèmes des études précitées (l'exclusion du sens et l'impossibilité de découvrir ce qui n'a pas été projeté par les chercheurs) afin de pouvoir au moins prétendre (re)présenter les points de vue des consommateurs nous semble évidente.

## La représentativité et l'objectivité au ban des sciences sociales

*Si nous avons la certitude d'atteindre, dans la connaissance, un contenu indépendant de l'acte mental par lequel nous nous efforçons de saisir les propriétés des objets ; si nous avons la garantie que les moyens mis en œuvre n'affectent pas, ne transforment pas les objets que nous prétendons saisir, alors peut-être aurions-nous moins de réticence à l'égard de l'objectivité en*

*tant que qualité d'une connaissance convenablement ajustée. (Busino, 1988)*

Avant de présenter la démarche qualitative et inductive que nous avons suivie, réglons immédiatement la critique courante qu'elle suscite : sa non-représentativité<sup>6</sup>. On peut donner plusieurs réponses. L'une d'elles nous est fournie par Busino (1990), qui démontre que la représentativité des études quantitatives en sciences sociales est revendiquée sans que l'hypothèse d'une relation serrée entre les variables de contrôle et les réponses données soit vérifiable. « De ce fait, nous n'avons aucun moyen pour évaluer la variabilité de l'estimation. Nous avons là, grâce à un emprunt à la statistique, un outil important, mais dénué - en sociologie - de toute validité théorique et donc de légitimité pratique. »

Plus simplement, nous pourrions affirmer que la prétention de (re)présenter les points de vue des consommateurs tout en structurant pour eux les possibilités discursives est en complète contradiction avec l'objet de recherche (et avec l'idéologie de « réduction des méfaits » dont se réclament habituellement les auteurs). Le désir de prétendre à la représentativité suppose, nous l'avons vu, la préfabrication, qui, elle, ne conduit qu'à l'anesthésie du sens. Le désir de construire un échantillon représentatif sur le modèle que l'on présente des sciences de la nature<sup>7</sup> suppose donc l'impossibilité de (re)présenter les points de vue diversifiés des consommateurs en tenant compte de leurs nuances.

Ainsi, comme le notent Gubrium et Holstein (1997), « [...] reluctance to standardize data collection and unwillingness to sacrifice depth for generality are matters of analytic necessity, not technical inadequacies. A world comprised of meanings, interpretations, feelings, talk, and interaction must be scrutinized on its own terms. » La convention veut que les critères de scientificité de la démarche qualitative soient à trouver dans les exigences de diversité et d'exhaustivité (Deslauriers et Kérésit, 1997 ; Laperrière, 1997 ; Pires, 1997a ; Poupart, 1997 ; Blankevoort, Landreville et Pires, 1979/80).

Enfin, et surtout, la critique de la non-représentativité n'est intelligible qu'au sein d'un « paradigme » (post)positiviste (Guba et Lincoln, 1998). Un paradigme qui dissocie ontologie et épistémologie, et qui conduit, comme dans les études précitées, à traiter les points de vue comme des choses indépendantes de leur condition de construction dialogique (Luhmann, 1999, 1995 ; Giddens, 1984 ; Denzin 1998, 1997, 1992). Prenant pour objet l'énoncé et l'énoncer, et croyant ne pouvoir comprendre le sens des mots que dans leur contexte performatif (Wittgenstein, 1951, 1945 ; Rorty, 1980 ; Geertz, 1972, 1974), au sein du « langage commun » que fait naître tout dialogue (Gadamer, 1960 : 399), nous répondons à la critique de la représentativité en niant sa possibilité à l'égard de tout objet social. C'est-à-dire qu'en considérant la nature « coproduite » (Leclerc-Olive, 1998) de la « connaissance » qui découle de la rencontre entre le chercheur et, ici, les interviewés, on est conduit à exclure la possibilité de saisir et de (re)présenter la réalité indépendamment des conditions de sa co-et re-production, donc à exclure la notion même de représentativité<sup>8</sup>. Évidemment, cela vaut également pour l'objectivité ! L'évaluation des efforts déployés par le chercheur pour tendre vers ou, plus souvent, prétendre à une (re)présentation objectivée du réel ne peut revenir qu'aux lecteurs (Marcus, 1998 ; Clifford, 1996 ; Laplantine, 1996 ; Atkinson, 1990 ; Turner, 1989 ; Wittgenstein, 1951).

La nécessité d'aborder le sens par l'intermédiaire des mots plutôt que des chiffres, sur laquelle nous avons insisté, est épistémologique avant d'être méthodologique. Comme les paragraphes précédents l'ont clairement suggéré, notre démarche est constructiviste : nous entreprenons de (re)présenter ici le sens que revêt la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal pour les consommateurs en considérant la présentation que nous en faisons comme le fruit contingent de notre rencontre avec eux. Notre objectif est de donner la parole aux acteurs en demeurant près de leurs mots. Cette parole est considérée non pas comme une « chose » que la démarche scientifique pourrait « découvrir » sans l'altérer et la représenter objectivement, mais plutôt comme le

résultat d'un processus de construction discursive dialogique.

## Démarche de l'étude

Pour notre enquête, nous avons rencontré 18 personnes, soit 6 femmes et 12 hommes, au cours des mois de juillet et d'août 2001. Leur âge varie entre 20 et 49 ans. La majorité utilise l'injection comme mode d'usage depuis cinq ans et plus, et correspond à l'image stéréotypée du junkie : si quelques hommes ont un travail « clean mais au noir », la plupart des interviewés quêtent, volent, se prostituent ou s'adonnent à des petits trafics de drogues illicites pour défrayer leur consommation. On trouvera en annexe une présentation sommaire des consommateurs et consommatrices.

Dans la majorité des cas, les interviewés ont été abordés dans le cadre d'un programme d'échange de seringues de la métropole (Cactus et Spectre de rue, au centre-ville ; Pact de rue, dans Petite-Patrie ; Préfix, dans Hochelaga-Maisonneuve)<sup>9</sup>. Dans certaines entrevues, le fait que les personnes parlent de leur consommation, de leurs rapports négatifs avec les institutions sociales, etc., a conduit à des pauses dans lesquelles l'émotif, non plus l'idée, était au centre de l'interaction. Les entrevues n'ont toutefois pas été conduites afin de produire une interprétation de l'expérience et du sens de la consommation. Si tel avait été le cas, les discours auraient probablement permis de comprendre davantage l'importance que certains accordent à la mise en place de LIDI ou encore les réticences que d'autres éprouvent à l'idée d'envisager fréquenter de telles ressources.

Les entrevues ont donc été réalisées dans les locaux des programmes d'échange de seringues et dans des parcs publics. La grille d'entrevue a été remaniée itérativement, à partir des discours des interviewés. Dans sa forme finale, elle se composait des thèmes suivants : ce que pense la personne de la mise en place éventuelle de LIDI ; comment serait un LIDI idéal ; les facteurs qui feraient en sorte que la personne ne fréquente pas d'éventuels LIDI ; la question du déplacement ; l'éventualité d'avoir à

attendre avant de consommer ; la localisation idéale d'un ou de plusieurs LIDI ; les heures de fermeture les plus acceptables ; la mixité des sexes ; la mixité des consommateurs de cocaïne et d'héroïne ; l'expérience de surdose(s)<sup>10</sup>. (Les entrevues se terminaient par le recueil de données signalétiques : âge, durée d'usage par injection, domiciliation, source de revenu, absence ou présence de judiciarisation.) Ces thèmes abordés lors des entrevues constituent l'armature sur laquelle s'est opérée l'analyse comparative des discours. Celle-ci avait pour but de mettre à jour la logique interne des discours, d'en dégager la structure argumentative, plutôt que de chercher à expliquer quelles sont les conditions sociales qui les structurent et les rendent possibles. Par exemple, nous avons avant tout cherché à comprendre comment les personnes jugeant que la mise en place de LIDI est une « bonne idée » expliquent leur point de vue, plutôt que de dégager des dimensions non discursives que ces personnes partagent (expériences de surdoses, etc.) pour rendre compte d'un tel point de vue. (En ce sens, les lecteurs convaincus d'un dialogue possible entre les démarches qualitatives et quantitatives pourraient considérer notre étude comme un approfondissement des travaux que nous avons présentés plus haut.)

En raison des ressources financières et du temps dont nous disposions dans le contexte de l'étude, menée, rappelons-le, pour permettre la rédaction d'un projet-pilote, nous avons arrêté à 18 le nombre d'entrevues. Nous avons réalisé des entrevues auprès de consommateurs fréquentant les divers programmes d'échange de seringues de la métropole afin de répondre aux critères de diversité et d'exhaustivité d'une procédure d'échantillonnage par contraste (Pires, 1997b). Nous avons aussi rencontré des consommateurs n'utilisant pas ces services. Il aurait été souhaitable de réaliser plus d'entrevues, les discours des derniers interviewés apportant encore de nouvelles représentations, et la saturation empirique n'ayant pas été atteinte.

Enfin, il faut noter que les consommateurs interviewés ne sont pas à l'image de l'ensemble des consommateurs de drogues illicites, mais sim-

plement des consommateurs parmi les plus marginalisés. Il aurait été intéressant de rencontrer des consommateurs de drogues par voie intraveineuse qui répondent aux canons de la normalité établis dans le champs des services sociaux et médicaux<sup>11</sup>. Mais ces usagers, que l'on pourrait qualifier de « discrets », ne se signalent pas à l'attention des services de réadaptation et demeurent inconnus des services policiers même si leur nombre est beaucoup plus important que celui des usagers visibles (Robbins, 1974, 1993 ; Robbins, Davis et Goodwin, 1974 ; Robbins et Murphy, 1967). Ils ne figurent pas dans les statistiques sanitaires et judiciaires et en général ne participent pas aux études. Notre mode de recrutement était inapproprié pour rejoindre ce type d'usagers. De plus, le comité qui parrainait l'étude avait pour mandat d'élaborer une proposition à l'intention des usagers désaffiliés socialement et considérés comme les plus à risque.

## Trois réactions types à l'idée de la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal

Lors des premiers moments de l'entrevue, le chercheur invitait la personne interviewée à dire ce qu'elle pensait d'un projet de mise en place de LIDI à Montréal. Toutes avaient déjà entendu parlé de projets de « piqueries légales » et certaines étaient au fait des pratiques européennes. Trois types de réactions ont été suscitées par cette invitation : « C'est important parce que... », « C'est une bonne idée, mais... » et « C'est absurde ! » .

### 1. La mise en place de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, c'est important parce que...

Lorsqu'on leur demande ce qu'ils pensent de la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites, la préoccupation pour les seringues à la traîne et pour la visibilité de la consommation ressort comme une dimension centrale des discours des consommateurs. La conscience que leurs pratiques de consom-

mation sont sources de tensions sociales est au cœur de la réponse des personnes qui ne disposent pas de lieux privés pour s'injecter leur drogue :

*Sais-tu oussé que j'consomme astheure ? Astheure moé j'consomme su'à piste cyclable ! Fait que tu comprends que ça en prend une place de même hein ! Les filles [qui se prostituent] consomment dehors, les enfants trouvent les seringues, le monde se plaint ! Ça prend ça, c'est sûr ! (No 13)<sup>12</sup>*

Le désir de pouvoir bénéficier d'un lieu pour consommer à l'abri du stress qu'accompagne l'injection dans les lieux publics et semi-publics est également verbalisé très clairement :

*Si y a une place de même qui ouvre par icitte, c'est sûr que les piaules vont diminuer. Pis y va avoir moins de seringues dans les rues. Pis surtout ça va diminuer la visibilité. Tsé, c'est hot en criss pour toé quand tu te shoote pis que tu penses qu'y a personne pis que là y a une mère qui passe avec son enfant pis que là y te voient avec la seringue dans le bras. Ça c'est hot en criss ! (...) Fait qu'avoir une place où y a pas le stress d'être vu pis d'être pogné par la police, ça ça va sûrement réduire nos conneries de laisser traîner nos seringues. (No 10)*

Un autre thème récurrent est celui de la possibilité de disposer d'un lieu salubre pour s'injecter. Les interviewés ont décrit avec dégoût les conditions de salubrité des piqueries<sup>13</sup> et aucun n'accepte d'y consommer, sauf exception. Dans ce cadre, la mise en place de LIDI, « c'est important parce que », entre autres, certains consommateurs « prennent l'eau pour leur hit dans flaques d'eau de ruelles ! ».

Parallèlement au désir de disposer d'un lieu salubre, l'accès à du matériel d'injection propre et stérile est également un argument des personnes qui estiment importante la mise en place de LIDI. Par exemple, un consommateur dira avoir eu des problèmes de santé après avoir utilisé le filtre d'une vieille cigarette. La réduction de la visibilité de la consommation, du nombre de seringues laissées dans l'environnement par crainte d'être arrêté en

possession de celles-ci lorsqu'elles sont usagées, la réduction des tensions sociales liées à la consommation, l'accès à un lieu salubre, à l'abri du regard des citoyens et des policiers, où l'on puisse trouver du matériel d'injection gratuit et stérile ; voilà les principales raisons qu'évoquent spontanément les consommateurs qui veulent justifier l'importance de la mise en place de LIDI à Montréal. D'autres motifs émergent également en cours d'entrevue tout en demeurant plus secondaires : réduire la propagation du VIH/sida, faire en sorte que les nouveaux consommateurs apprennent les rudiments d'une injection hygiénique, et s'assurer de la présence d'une personne pour appeler les services ambulanciers en cas de surdose potentiellement fatale.

## 2. La mise en place de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, c'est une bonne idée, mais...

Ce type de réponse, « c'est une bonne idée, mais... », témoigne notamment du fait que si tous les consommateurs ont entendu parler de projets de « piqueries légales », tous ont également des appréhensions quant aux modalités de fonctionnement éventuelles de LIDI à Montréal. Ainsi, cette réponse est généralement suivie de « il faut que... » ou « il ne faut pas que... ». Nous reviendrons plus loin sur ce que souhaitent et appréhendent les interviewés lorsque l'on sollicite leur avis sur le fonctionnement de LIDI éventuels.

Ce type de réponse illustre surtout deux formes de doutes que suscite ce projet chez des consommateurs. La première forme est liée aux intentions et aux motivations des promoteurs du projet, qui sont, du point de vue de certains consommateurs, douteuses, louches ou carrément incompréhensibles. Dans le dernier cas, on ne comprend simplement pas, comme c'est le cas pour les programmes d'échange de seringues, pourquoi certains acteurs sociaux tentent de mettre en place des services perçus comme visant la facilitation de la commission d'actes socialement répréhensibles. (Ces discours sont similaires à ceux que tiennent les consommateurs qui jugent que les projets de LIDI sont « absurdes » mais

leurs énonciateurs s'en distinguent en envisageant utiliser de telles ressources.) Pour leur part, les consommateurs qui trouvent louches ou douteuses les motivations des promoteurs des LIDI estiment que l'on vise simplement à satisfaire les commerçants ; ils craignent que l'on tente ainsi de les « faire changer » ou d'en savoir plus sur eux lorsqu'ils refusent d'être en contact avec les services sociaux, étatiques et communautaires.

La seconde forme de doute que suscite le projet de la mise en place de LIDI a trait à sa faisabilité. Les perspectives inéluctables (détaillées plus loin) et l'opposition attendue des policiers amènent les interviewés à croire que les LIDI seraient fermés dès leur ouverture. D'autres estiment improbable que le politique accepte d'informer la population sur « les problèmes de la rue et de la consommation », rendant impossible que les gens acceptent la mise en place de LIDI : « Pour que ça marche, y faut que ça soit dit que c'est fait pour les citoyens. Si on dit que c'est pour nous autres, là, ça marchera pas. »

## 3. La mise en place de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, c'est absurde !

*Je pense que c'est un projet qui vient de bonne volonté mais... moi je trouve ça complètement absurde ! Absurde ! Tsé, la méthadone, c'est correct ça. Mais là on parle de substances tellement extrêmes ! C'est pas que'que chose pour te guérir, là, la coke ! C'est hard ! Donner une place pour se piquer ... ça se fait pas ! C'est complètement absurde. Pis à part ça on n'est pas des cobayes là ! Des expériences de même, ça a juste pas d'allure ! (...) Pis si y a une O.D. [overdose] ? Vous allez faire quoi ? Actionner le dealer ? Appeler la police pour dire qu'y a que'qu'un qui vend d'la marde à Montréal ! (rires !) (...) Le monde, si y étaient responsables, y consommeraient pas ! C'est un non-sens de chercher à responsabiliser du monde qui sont tout sauf responsables ! Le gars qui veut retrouver du contrôle dans sa vie, c'est pas un peu d'eau propre pis une seringue neuve*

*que ça y prend, tabarnac ! Moé, la seule chose que j'pense qui pourrait donner un sens à ton affaire, c'est si c'était comme a kind of new age therapy. Tsé si c'était une place oussque le monde y veulent changer, qui sont déjà responsables, pis que là y pourraient consommer dans'place. (No 5)*

Mis à part les thèmes abordés dans ce long mais explicite extrait d'entrevue, l'absurdité perçue d'un projet de mise en place de LIDI a comme point d'ancrage, pour les consommateurs, le fait que les substances ne soient soumises à aucun contrôle étatique. En somme, certains trouvent absurde, surtout lorsque l'on y ajoute le prédicat sécuritaire, que soit envisagée la mise en place de lieux d'injection dans un contexte où les risques liés à l'incapacité de connaître la pureté et la qualité des substances ne seraient en rien diminués.

## Les prospectives inéluctables

En commentant la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal, les consommateurs ont relevé certains problèmes qui, selon eux, en découleraient inévitablement. Il s'agit de ce que nous désignerons ici par « prospectives inéluctables ».

Lorsqu'il est question de ce qui se déroule à l'intérieur des murs des LIDI, la prospective inéluctable la plus problématique aux yeux des consommateurs est celle de la « paranoïa » que peut engendrer la consommation de cocaïne :

*Le problème de paranoï avec la coke que vous allez avoir, ça y a rien que tu peux faire pour empêcher ça. Le seul moyen d'enrayer la paranoï, c'est d'enrayer la consommation. Puis c'est pas une place qu'y est faite pour enrayer la consommation, fait que... Tu peux pas raisonner un gars qui paranoï su'à coke ! Y va paranoïer sur l'autre qui essaie de le faire arrêter de paranoïer ! (No 11)*

Plusieurs consommateurs qui dénigrent violemment ceux en proie à la « paranoïa » après avoir consommé de la cocaïne affirment eux-mêmes « pa-

ranoïer » en de tels cas. Certains disent même qu'ils n'accepteraient jamais d'être proches de la personne qu'ils disent alors devenir. Chez les consommateurs de cocaïne qui disent avoir ce type de réaction, la « paranoïa » est décrite avec le vocabulaire de l'incontournable et de la perte de contrôle. Par contre, ceux qui discutent des effets de la consommation chez autrui estiment qu'un contrôle sur la dose consommée permet de réduire les risques de « paranoïa ».

Les autres prospectives inéluctables relevées par les consommateurs concernent l'environnement immédiat des lieux et les pratiques policières. Généralement, les consommateurs sont persuadés que l'intoxication des personnes à la sortie des LIDI sera cause de violences (modèle psychopharmacologique de la relation drogue-crime), que cela suscitera les plaintes des résidents du secteur et l'intervention de la police, ce qui, en retour, amènera les consommateurs judiciairisés à consommer dans la rue ou dans des lieux semi-publics plutôt que de fréquenter un endroit où les risques d'être arrêté ou victimisé sont importants. D'autres se disent persuadés que la surveillance policière aura pour cause la visibilité de la prostitution ou l'incidence élevée des vols dans le secteur.

En dépit de ces prospectives, les consommateurs ont montré beaucoup d'intérêt à décrire le fonctionnement et l'organisation d'un lieu d'injection idéal. Tous se sont prêts à l'exercice, et ceux qui prévoyaient ne pas fréquenter d'éventuels LIDI ont décrit le type de ressource qui leur semblait le mieux adapté aux consommateurs qu'ils côtoient. Les propos des consommateurs portaient généralement sur l'organisation interne des lieux, sur les règlements nécessaires à leurs yeux, sur les employés éventuels de ces lieux et sur leur utilisation projetée de LIDI. Certains thèmes abordés, notamment la présence de consommateurs à la fois de cocaïne et d'héroïne, ont été inclus itérativement dans la grille d'entrevue. Voyons comment seraient les LIDI, à quoi ils ressembleraient, si les consommateurs en étaient les maîtres d'œuvre.

## L'ambiance et l'organisation des lieux

De façon fort consensuelle, les interviewés souhaitent que d'éventuels LIDI soient caractérisés par une ambiance « détendue » où, à l'image des petits bistros ou cafés intimistes, chacun peut occuper l'espace en solitaire sans que ne soit exclue la possibilité d'interactions amicales. Les consommateurs appréhendent un univers de type institutionnel, particulièrement de type médical, puisque les hôpitaux et les organisations dispensatrices de services sociaux sont des lieux où se condense, aux yeux des consommateurs, la réaction sociale stigmatisante et dénigrante à leur égard (voir à ce sujet Lamoureux et al., 2000).

Pour ce qui est de l'organisation physique des lieux où prendrait place l'injection, tous les consommateurs désirent un environnement caractérisé par la discrétion afin de pouvoir agir à l'abri du regard d'autrui. Ils souhaitent que soient disponibles plusieurs locaux fermés. Spontanément, ils décrivent ces locaux comme devant être inaccessibles même à la supervision des employés. Lorsqu'on leur demande d'envisager la possibilité de s'injecter la drogue sous le regard des employés, certains consommateurs s'y montrent disposés si la formation et l'attitude des employés conviennent à leurs souhaits (détaillés plus loin). D'autres, réticents à l'idée de supervision de l'injection, jugée intrusive, affirment que cela pourrait être « tolérable » puisque la possibilité d'avoir un lieu de consommation propre et à l'abri du stress de la rue sont des avantages qui surpasseraient cet irritant. Par contre, chez les consommateurs qui se sont montrés le plus ouvertement réfractaires à toute forme d'intervention sociosanitaire à leur égard, la fréquentation de LIDI, même dotés de « cubicules », est inconcevable du seul fait de la présence du regard de « straights », de « psychologues de bureaux », de médecins, d'infirmières, et même des intervenants les plus appréciés, soit les travailleurs de rue et les employés des programmes d'échange de seringues.

Ces derniers commentaires imposent une courte et imparfaite digression sur la phénoménologie de

l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse. D'abord, les consommateurs rencontrés insistent sur le fait que le geste de l'injection est du registre du privé. Rarement les consommateurs acceptent-ils de s'injecter devant des personnes avec lesquelles ils ne sont pas intimes<sup>14</sup>. Ensuite, il faut distinguer, au minimum, la consommation qui a pour but une forte intoxication, de celle qui vise davantage une stimulation esthétique, sexuelle ou intellectuelle, ou encore, de celle qui répond à l'impression d'un manque physiologique de la substance. Ce faisant, on peut comprendre que la première forme de consommation ne puisse être compatible, pour les consommateurs, avec l'idée de s'injecter la drogue en présence d'intervenants. Par exemple, l'injection dans laquelle le risque de mort est partie intégrante de l'euphorie de l'intoxication ne peut se prêter à l'univers rationalisant de LIDI. Enfin, l'injection est parfois décrite comme une action du soi également tournée vers autrui - même dans la solitude. Ainsi, commentant l'intoxication et le fait de laisser à la traîne sa seringue, une personne affirme : « C'est comme un gros fuck à société. Un gros fuck à tout le monde. Pis un gros fuck à moé aussi. » Dans ces cas encore, l'idée de l'injection dans un LIDI ne peut s'inscrire dans le sens prêté à la conduite. Enfin, chez des consommateurs de cocaïne, il arrive que l'injection se déroule de façon quasi ininterrompue pendant plusieurs jours. Dans de telles situations où les personnes disent pouvoir s'injecter plus de 50 fois par jour, qu'elles ne dorment pas au cours la période de consommation et qu'elles mangent à peine, la fréquentation de LIDI (où la présence d'intervenants les forcerait à avoir un regard minimal sur elles-mêmes) peut difficilement s'inscrire dans le nihilisme de ces périodes de « binge hitting ».

## Les employés

Les consommateurs interviewés n'ont pas été avares de commentaires au sujet des employés qu'ils souhaiteraient voir travailler dans d'éventuels LIDI, particulièrement en ce qui a trait à leur attitude. C'est que ce thème coïncide avec le désir de parler

de leurs interactions négatives avec le personnel des organisations sociosanitaires montréalaises.

*Ça prendrait des intervenants dans place, c'est sûr. Mais des bons intervenants là ! Du monde avec de l'expérience pis qui sont pas trop straights. Tsé ça prendrait pas du monde comme à Dollard-Cormier là. Eux autres, y te rabaisent toujours. Y disent qu'y te jugent pas, mais toé tu sens juste ça. Eux autres y sont plein de cash, sont assis dans leur chaise pis là y disent « vous autres là, vous êtes de même pis de même » pis y connaissent rien ! Pis là y capotent au boutte avec les seringues ! Tsé ça prend des bons intervenants avec de l'expérience. Genre ça prendrait du monde qui ont consommé en masse ou qui consomment encore. Tsé, qui capotent pas devant une seringue ou quand t'as un p'tit malaise pis que là y veulent juste t'envoyer tout de suite à l'urgence là ! Si y avait des consommateurs qui travaillent là ça serait mieux. (No 1)*

Pour les consommateurs, les employés ne devraient pas être des « psychologues de bureau », mais davantage des personnes intervenant dans l'esprit des travailleurs de rue. Les consommateurs ne voudraient « surtout pas » y voir des « prêtres », des « sauveurs », du « monde qui font juste te dire quoi faire », « qu'y faudrait que tu changes », etc. Ainsi, les interviewés ne veulent absolument pas que les LIDI soient des lieux de sollicitation thérapeutique. Toutefois, pour des consommateurs, cela n'exclut pas la possibilité que des rencontres de counselling ponctuelles puissent y prendre place, voire qu'ils soient des lieux de référence pour les ressources existantes en intervention tertiaire.

Comme l'illustre le précédent extrait d'entrevue, des interviewés suggèrent que des consommateurs (ou des anciens consommateurs) travaillent dans d'éventuels LIDI. Cela, croient-ils, permettrait d'assurer qu'il n'y ait pas de sollicitation thérapeutique, les consommateurs « surveillant » les intervenants. Cependant, certains consommateurs craignent la présence d'anciens consommateurs en les disant « pires que les intervenants straights, surtout

ceux qui trippent meeting » [Narcotique Anonyme], puisqu'ils seraient « tout le temps en train de te dire comment y sont bien à c't'heure pis que toé t'es conne pis faible si t'arrête pas ».

En ce qui concerne le personnel médical, les consommateurs suggèrent souvent spontanément la nécessité de leur présence. Ces discours illustrent la construction d'une représentation des LIDI déjà marquée par un aspect sociosanitaire en dépit de l'absence de tout référent, en Amérique du moins. Par contre, les consommateurs poursuivent aussitôt en exigeant « que les infirmières se comportent pas comme dans un hôpital », que les « médecins soient humains, qu'y te r'gardent pas comme si t'es rien qu'une pute qui se shoote ».

Outre la mise en force des règlements et le fonctionnement général des lieux, les interviewés estiment que les intervenants de LIDI éventuels devraient s'occuper de « l'éducation sur le shoot », particulièrement à l'égard des nouveaux consommateurs ; ils devraient voir à ce que « les filles s'injectent pas d'air quand è'sont toutes croches », intervenir en cas de surdoses et expulser les « têteux ». Les « têteux » sont les consommateurs qui, ne disposant plus de moyens financiers pour acheter les produits qu'ils consomment, sollicitent les autres consommateurs :

*Un des problèmes, c'est que y a ben du monde qui se connaissent. Pis y a ben du monde qui sont en chicane. Fait qu'y va y avoir de la bataille à cause des affaires de dettes pis de filles. Ou ben y va y avoir du bordel à cause des têteux qui sont là, qu'y ont pas de stock, pis qu'y attendent juste de voir que qu'un qu'y connaissent pour leur demander d'la dope. (No 14)*

*Les employés, faudrait peut-être que ça soit du monde comme icitte [programme d'échange de seringues]. Mais moé j'aime pas ça icitte. C'est la première fois que j'passe du temps icitte. Y a tout le temps plein de questions pis là y veulent savoir comment tu vas pis toute. Moé j'veux juste mes flûtes [seringues] ! Salut ! Fait que faudrait du monde qui te crissent la paix. Du*

*monde qui sont là pour sortir les tétéux. (No 15)*

## Les règlements et le fonctionnement général des lieux

Le thème de la réglementation et du fonctionnement général des lieux est important puisqu'à travers les discours des interviewés se révèlent des représentations des fonctions sociales des LIDI qu'ils ne verbalisent pas directement. Notons d'entrée de jeu que les consommateurs désirent que les LIDI aient des règlements, mais surtout qu'ils soient appliqués, craignant que les lieux ne deviennent que d'autres piqueries.

La prohibition de la violence, tant physique que verbale, est un point sur lequel ont insisté les interviewés. Ils souhaitent un lieu dont l'ambiance soit marquée par le respect de chacun et craignent l'effet de la conduite des consommateurs de cocaïne en proie à la « paranoïa », leur excitation générale et particulièrement leur agressivité verbale et physique. Ils souhaitent que les avertissements laissés sans suite pour la violation des règlements donnent lieu à l'expulsion des personnes, et certains parlent d'une solidaire opposition du « milieu » à l'égard des consommateurs violents, verbalement ou physiquement.

Quelques consommateurs ont demandé à ce que soit interdite la possibilité de s'injecter dans certaines parties du corps, notamment dans le cou, en raison de la dangerosité de cette pratique. Toutefois, d'autres s'opposent à ce type de réglementation en affirmant ne plus être capables de s'injecter dans les bras.

Un autre élément des règlements souhaités a trait au droit ou à l'interdiction d'injecter un pair. Certains consommateurs estiment important que cela soit permis en affirmant qu'ils injectent eux-mêmes certains consommateurs qui ont de la difficulté à le faire seul. À l'opposé, d'autres estiment qu'il est préférable que cette pratique soit interdite :

*Faut pas que ça soit permis d'injecter les autres. Ça ça fait juste du chiard. Tu penses tout le temps que l'autre essaye de te voler ton stock pis qu'y te shoote d'la marde ou juste à moitié. (...) Sauf que peut-être que pour le monde qui sont habitués, qui se font toujours shooter par leur chums, ben peut-être que là faudrait que ça soit permis. Mais d'abord faudrait qu'y aille comme une tierce personne qui soit là pis qui watch, pour être sûr que tout est correct pis que y a pas de switchage de seringues. Mais encore là, je sais pas si ça ça marcherait. Parce que là faudrait essayer de parler à que'qu'un qui paranoï, pis ça ça marche jamais. Fait que le mieux c'est que on aille pas le droit. (No 12)*

La question de la quantité de cocaïne ou d'héroïne qu'il serait possible de consommer sur place a également été une des dimensions abordées par les interviewés. Encore ici, deux ensembles discursifs émergent. D'un côté, certains consommateurs estiment que des quantités maximales devraient être imposées, alors que, pour d'autres, la quantité consommée ne devrait pas être objet de contrôle puisque les habitudes de consommation en cette matière varieraient d'une personne à une autre. Ainsi, certains consommateurs affirment, par exemple, que consommer un quart de gramme de cocaïne dans une seule injection est dangereux et qu'il devrait être interdit d'en consommer plus qu'un huitième, alors que d'autres affirment qu'un huitième de gramme est pratiquement sans effet pour eux. Comme en ce qui concerne les parties du corps où seraient permises les injections, la question de la quantité amène les consommateurs opposés à une réglementation à croire que plusieurs personnes n'utiliseraient pas des LIDI ayant de telles exigences. Généralement, les interviewés concluront que cela devrait être discuté avec les intervenants à l'arrivée du consommateur au LIDI :

*Faut qu'y aille une surveillance versus la quantité de coke. Où sont les risques ? « Les connais-tu ? T'as consommé quoi à date ? » Faudrait qu'y aille quelqu'un à l'entrée qui check toute ça. « Qu'est-ce qui se passe ? Tu files com-*

*ment ? T'en as combien su'toé ? T'en a combien dans l'corps ? Tu veux en prendre comment ? » Que'qu'un pour empêcher les conneries ! (...) Faudrait un check up avant le shoot, pour qu'y s'assure que toute est OK pis qu'y a pas de risque d'O.D. [overdose]. Le monde partent sur des trips pis là y se shootent pis y se shootent pis en veux-tu en v'là pis BANG ! Y pètent ! Faudrait contrôler ça. Expliquer au monde leurs limites. Pis criss, ceux qui veulent se tuer, ben y s'en iront s'tuer ailleurs ! (No 4)*

Si une courte entrevue avec le personnel à l'arrivée est la solution privilégiée par les interviewés, ils rappellent leurs commentaires sur l'attitude qu'ils souhaitent voir adopter par les intervenants. Ainsi, l'arrivée à la ressource devrait à leurs yeux être le théâtre d'une courte discussion informelle, « pas trop enquêteuse », mais surtout exempte de jugements et de sollicitation thérapeutique. Une discussion dont l'objet soit l'utilisation planifiée des lieux, mais qui puisse néanmoins, si les personnes le désirent, prendre plus d'ampleur.

La présence à la fois d'hommes et de femmes consommant cocaïne et héroïne dans un même lieu a également été l'objet des commentaires des interviewés sur les règlements dans d'éventuels LIDI. Certains ont dit appréhender les interactions hommes-femmes dans un contexte d'intoxication, particulièrement en ce qui a trait à des demandes de faveurs sexuelles en échange de cocaïne, de la part des hommes intoxiqués comme des femmes qui n'ont plus de cocaïne. De façon générale, les femmes aimeraient pouvoir disposer d'un lieu d'injection qui leur soit propre. En ce qui concerne les hommes, ils estiment que les intervenants sur les lieux pourraient s'assurer de l'absence de telles conduites tout en associant l'usage de cocaïne à la sexualité. Certains consommateurs se montrent également rousseauistes en estimant que la présence des femmes est souhaitable afin de tempérer les agitations masculines.

Malgré ces considérations relatives au genre, c'est surtout la création de lieux distincts pour les consommateurs de cocaïne et d'héroïne qui apparaît essentielle aux yeux des consommateurs :

*Y faut absolument séparer les cokés des gars qui prennent du smack. Sinon ça marchera pas pantoutte. Ça va devenir juste une place de coke parce que ceux qui font du smack sont pas capables de les sentir ! (No 11)*

*Ça c'est un problème si tu mélange coke et smack. Parce que c'est vraiment des trips contradictoires. Moé le monde qui consomment de la coke, ça m'a toujours tombé sur les nerfs. J'pogne les nerfs dans c'temps là. J'en ai claqué une couple ! Ah oui ! Tsé, quand y paranoïent pis y comprennent plus rien là. Des fois y a rien à faire. Fait que tu leur tapes dessus pis là y finissent par crisser leur camp. Moé, le smack, je fais ça pour relaxer. Eux autres y mettraient trop d'excitation dans place. Faut vraiment pas que les cokés s'amènent dans une place de smack ! (No 18)*

## L'utilisation projetée des LIDI

On pourrait s'attendre à ce que la domiciliation soit une variable clé relativement à l'utilisation projetée des LIDI par les consommateurs montréalais. Or cela n'est pas nécessairement le cas. Le fait d'avoir accès à un lieu privé n'est effectivement pas le gage de la non-fréquentation de LIDI, l'inverse étant également vrai. Ainsi, certains consommateurs domiciliés préfèrent actuellement consommer dans des lieux publics ou semi-publics plutôt qu'à leur domicile. Pourquoi ? Certains, parce qu'ils veulent ainsi conserver une scission entre leur quartier résidentiel et leur quartier de consommation (le centre-ville). D'autres, des femmes, parce qu'elles habitent un logement dans lequel leur conduite est soumise au contrôle d'un proxénète ; ces consommatrices se montrent très intéressées par la possibilité de pouvoir consommer dans un éventuel LIDI.

Également, des personnes non domiciliées préfèrent consommer dans des lieux publics plutôt que privés, comme le leur permettrait l'implantation de LIDI, ce qu'illustre ce commentaire d'une personne s'étant déjà injectée dans le Needle Park<sup>15</sup> :

*Ça serait mieux comme le Needle Park. Que ça soit pas caché. Que ça soit open mais supervisé. Tsé, supervisé par tout le monde. Pas par la police ou les intervenants, mais par le groupe. Tsé, dehors ça serait ben mieux. Ben plus safe. Y a pas de murs. Tu peux tout voir. Surtout si la police arrive ! Comme au carré Viger finalement. Dans le fond, y en a déjà une place où le monde peuvent consommer pis que c'est toléré par la police. Tsé, le poste est pas loin, tout le monde sait ce qui se passe. Y a déjà un Needle Park, finalement. Sauf que c'est pas comme à Zurich parce que y a pas tout le temps des travailleurs de rue pis du monde pour donner des seringues pis des capotes, mais à part ça, c'est un Needle Park. (...) C'est vraiment dehors le best. C'est facile et safe. Pis t'a moins de things to go through. (No 7)*

Enfin, pour clore sur la domiciliation, mentionnons que les interviewés qui consomment presque exclusivement à leur domicile n'envisagent pas d'utiliser d'éventuels LIDI, sauf peut-être si un LIDI se trouvait sur leur chemin lorsqu'ils « partent sur un trip ».

Des consommateurs affirment qu'ils désireraient avoir recours aux LIDI advenant leur mise en place, mais que cela est peu probable puisqu'ils ne croient pas possible que les policiers se montrent tolérants à l'égard des usagers. Comme en ce qui a trait à l'ambiance générale des lieux, particulièrement à l'absence ou à la présence de consommateurs de cocaïne en proie à la « paranoïa », ces consommateurs affirment qu'ils ne fréquenteraient les LIDI qu'après en avoir eu des échos positifs de la part d'autres consommateurs.

L'éventualité d'avoir à se déplacer pour aller consommer dans un LIDI a également été une situation que les interviewés ont été appelés à commenter. Tous ceux qui disent envisager aller dans les LIDI advenant leur mise en place à Montréal ont expliqué qu'ils ne se déplaceraient certainement pas à l'extérieur des limites de leur quartier. Ainsi, les gens qui consomment au centre-ville n'iraient pas dans Hochelaga-Maisonneuve, et inversement. Le même

commentaire vaut pour les consommateurs du quartier Villieray/Petite-Patrie. À quelques exceptions près, les consommateurs disent qu'ils pourraient se déplacer dans un rayon de quelques minutes de marche et se disent incapables d'envisager d'avoir à utiliser les transports en commun pour se rendre dans un éventuel LIDI.

Pour certains consommateurs de cocaïne, le nombre d'injections par jour, relativement élevé, rend difficile d'envisager de se déplacer « chaque fois » et « juste pour ça ». Enfin, chez les femmes et les hommes qui se prostituent et qui consomment « entre deux clients », avoir à quitter le lieu occupé pour ces activités et à y revenir après avoir consommé dans un LIDI n'est concevable que si la ressource n'est pas trop éloignée.

Dans l'ensemble, les interviewés estiment que les LIDI pourraient devenir des ressources fort populaires auprès des consommateurs montréalais dans la mesure où ils ne présenteraient pas les éléments appréhendés que nous avons détaillés (violence, surveillance policière, sollicitation thérapeutique, etc.). La curiosité pourrait certes être un facteur de fréquentation au moment de l'implantation des LIDI, mais c'est vraiment la réputation qu'auront l'ambiance de ces ressources, leur personnel et les activités policières dans les environs qui, semble-t-il, sera déterminante quant à l'usage qu'en feront les consommateurs montréalais.

## Conclusion

La mise en place de lieux d'injection de drogues illicites au Canada est aujourd'hui politiquement envisagée. Nous avons rapidement établi les motifs mis en cause dans ce processus de légitimation. Nous croyons avoir démontré la pauvreté des études antérieures, toutes quantitatives, pour quiconque s'intéresse aux points de vue des consommateurs. Devant l'accord de ces derniers avec ces projets, que documentent les études, se dressait la nécessité d'une démarche qui puisse en permettre l'interprétation. Elle ne pouvait être que qualitative.

Dans la présente étude, 18 personnes qui s'injectent des drogues prohibées expliquent au chercheur principal le sens que revêt pour elles l'éventualité de la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, et comment elles bâtiraient de tels projets si on leur en offrait la possibilité. La réalité construite (notre texte) à partir de ces interactions est, selon notre conviction, indissociable à la fois de ces contextes interactifs et de l'activité même de leur (re)présentation textuelle. Nous voulons ici souligner la nature artificielle de ces interactions, nées, avant tout, du seul intérêt du chercheur. Il est aussi évident qu'affirmer pouvoir interpréter convenablement la complexité du sens des propos d'une personne dans une situation de cette nature, d'une durée d'un ou de deux bulletins de nouvelles télévisées, est immensément prétentieux. Malgré cela, les discours que nous avons présentés nous laissent croire que nous avons rendu possible l'énonciation de propos pouvant s'écarter de toute désirabilité sociale, notamment des propos autres que ceux que les interviewés ont pu avoir l'impression que le chercheur attendait d'eux (je suis d'accord avec votre projet). Car il faut bien admettre que rencontrer des consommateurs pour obtenir leurs points de vue sur les projets de LIDI peut donner lieu, dans le contexte actuel, à l'interprétation suivant laquelle les chercheurs, eux, croient que « c'est une bonne idée », ou qu'ils jouent un rôle dans la réclamation de LIDI. On peut trouver des traces de cette interprétation dans plusieurs extraits d'entrevues, notamment celui de la section « Prospectives inéluctables » où la personne dit : « Le problème (...) que vous allez avoir (...) ».

En dépit de ces limites inhérentes à la situation d'entrevue prenant place dans le contexte d'une publicité et d'une médiatisation considérables des projets de LIDI, que peut-on conclure de la réalité que nous en avons produite ?

D'abord, chez les consommateurs qui y sont favorables, l'implantation de LIDI trouve sens dans la possibilité qui en découlerait de consommer ailleurs que dans des lieux publics et semi-publics, où la pratique de l'injection est source de stress, et ce, par crainte de l'intervention policière ou d'être aperçu de

concitoyens. Dans le contexte montréalais actuel, où les seringues à la traîne dans l'environnement sont sources de fortes tensions sociales dans certains quartiers (Myles, 2001 ; Comité intersectoriel portant sur la récupération des seringues à la traîne dans l'environnement, 2001), des consommateurs croient que la réduction attendue du nombre de ces seringues à la traîne justifie la création des LIDI. Notons que, contrairement aux arguments de certains promoteurs des projets (ex. : Comité consultatif sur la santé de la population, 2001 ; Kerr, 2000), cet argument n'est pas signifié dans une perspective de santé publique (réduction des risques de transmission d'infections virales), mais plutôt dans celle de la pacification des rapports entre les résidents de certains quartiers et des consommateurs.

En somme, l'axe principal sur lequel se structure la légitimation de l'implantation de LIDI chez les consommateurs est le contexte sociojuridique dans lequel prend place la pratique de l'injection, non pas la dimension sociosanitaire. Les discours des consommateurs conduisent à identifier leurs conditions de vie, la marginalisation et le contrôle social qu'ils subissent en raison du statut socio-juridique des substances qu'ils consomment comme les principales cibles que devraient prendre les services mis en place pour rendre possible l'amélioration de leur bien-être. Ainsi, on observe une disjonction importante entre le sens que revêt chez les consommateurs l'implantation éventuelle de LIDI à Montréal et les principes de légitimation mis de l'avant par les acteurs sociaux réclamant cette mise en place.

En effet, les projets de LIDI sont principalement construits sur la base du contrôle médical de la pratique de l'injection. (Si ce n'était pas le cas, cela supposerait la réclamation de la subvention étatique des « piqueries ».) Les problèmes de santé qui découlent de la pratique de l'injection dans notre régime prohibitif sont considérés comme préoccupants dans le réseau sociosanitaire. Notamment, la prévalence des infections virales (VIH et hépatites) chez les consommateurs, qui est sans commune mesure avec celle observée chez les personnes qui ne s'injectent pas (ex. : Bruneau et al., 1997 ; Parent,

Alary, Hankins et al., 1997) inquiète les acteurs de ce réseau. Et qui peut s'opposer au désir de réduire les problèmes de santé qui touchent les consommateurs ou les nombreuses morts par surdose (Chevalier et Laurin, 1999) ? Cependant, si les LIDI sont justifiés dans la perspective de rejoindre les consommateurs réfractaires aux services sociosanitaires actuellement en place, comme le font, par exemple, Fry et Testro (2000) et Cloutier et Demers (1999), les discours que nous avons recueillis nous font douter d'une telle possibilité. Les projets de LIDI sont d'ailleurs parfois perçus comme des initiatives visant un plus grand contrôle des consommateurs.

Notre analyse montre que l'accord des consommateurs avec les projets de LIDI que documentent les études quantitatives, peut difficilement s'interpréter par le rationnel sociosanitaire que construisent les promoteurs de ces projets. L'une des dimensions problématiques que fait surgir notre démarche qualitative est le fait que la mise en place éventuelle de tels services suppose que les consommateurs acceptent de se shooter en présence d'intervenants.

Nous l'avons vu, pour certains consommateurs, cela est impensable. Pour d'autres, les avantages attendus de l'injection dans un LIDI en termes de protection contre la répression policière et le regard de leurs concitoyens rend cela envisageable. Les propos que nous avons recueillis des personnes capables d'imaginer consommer dans ce cadre montrent que la disponibilité de soins médicaux en cas de problèmes est spontanément suggérée. Nous avons cependant montré que si l'inscription des LIDI dans le registre sociosanitaire est perceptible dans les discours des consommateurs, cela ne doit pas être interprété comme la compréhension que l'injection prendrait place sous le regard d'intervenants. Pour illustrer davantage la pertinence de ce thème, notons que les propos des consommateurs sur leurs interactions négatives avec les intervenants travaillant dans le champ médical et de la toxicomanie dévoilent le gouffre béant entre la revendication de ces derniers quant à une idéologie humaniste et la perception de leur attitude chez les consommateurs les plus marginalisés.

Certains des consommateurs qui considèrent « absurdes » les projets de LIDI fondent leurs propos sur la perception d'une irresponsabilité inhérente à la pratique de l'injection de drogues illicites. Cela témoigne de la difficulté à signifier cette pratique, du moins devant le chercheur, hors du registre du pathos. De façon parallèle, les consommateurs qui appréhendent la possibilité que les LIDI soient le théâtre de sollicitation thérapeutique montrent comment leurs interactions avec les intervenants donnent lieu à l'interprétation que leurs pratiques sont perçues comme symptomatiques de troubles intérieurs qu'il faudrait « thérapéutiser ».

Les discours des consommateurs sur la mise en place éventuelle de LIDI à Montréal laissent également présager de nombreux problèmes pour les employés. En particulier, la question des interactions à l'intérieur des lieux, dans un contexte d'intoxication à la cocaïne consommée par voie intraveineuse, risque de poser un véritable défi de « gestion de crise », pour employer le langage des intervenants. Le fait que les usagers de drogues illicites par injection de Montréal privilégient habituellement la cocaïne à l'héroïne n'est donc pas sans conséquence<sup>16</sup>. Cependant, et particulièrement si l'on tient compte des travaux psychosociologiques sur la consommation de substances psychoactives tels ceux de Zinberg (1984), il nous semble possible d'avancer l'hypothèse suivant laquelle le fait de s'injecter ailleurs que dans des lieux publics, semi-publics ou dans des piqueries, où l'environnement est source de stress intense, pourra modifier le sens et les effets de la consommation.

D'autres problèmes perçus par les consommateurs découlent du fait que les stratégies de « réduction des méfaits » sont conçues sans que l'on tienne compte du fait que l'État se montre toujours soucieux de pouvoir punir, au moyen de l'infraction de possession, les personnes qui consomment des substances dont l'usage est culturellement contraire à l'éthique occidentale (Ehrenberg, 1995 ; Cardinal, 1988). Nous l'avons vu, les consommateurs craignent que les environs des LIDI soient le théâtre d'une surveillance policière. Ce sont d'ailleurs les

consommateurs pour qui on veut mettre en place les LIDI, les plus pauvres et marginalisés, qui font surtout l'objet d'un contrôle pénal (Bertrand, 1992). Certains policiers, à Montréal du moins, se sentent même autorisés à violer les droits et libertés de ces personnes à des fins de contrôle, pour lutter contre « le problème de la drogue » (Carrier, 2000). Rien ne nous autorise à un pronostic différent en cette matière. Porter attention aux discours des consommateurs dans la construction des stratégies de

« réduction des méfaits » suppose tenter de réduire les « méfaits » qui découlent du maintien de la logique de pénalisation, non pas revendiquer la mise en place de nouvelles stratégies de contrôle que les consommateurs n'accepteraient que pour pouvoir se soustraire à certains effets pervers de la prohibition. À moins que l'on veuille maintenir la possibilité de punir les consommateurs qui ne voudraient pas soumettre leurs conduites à une gestion sociosanitaire ?

**Annexe -  
Portrait sommaire des consommateurs et consommatrices interviewés**

	Genre	Âge	Substance de choix	Autres substances consommées par injection	Durée d'usage par injection	Domicilié(e)	Fréquentation programmes échange seringues
1	Féminin	41	Cocaïne	Héroïne	19 ans	Oui (ress. communautaire)	Oui (Cactus)
2	Masculin	29	Héroïne		3 ans	Non	Oui (Cactus)
3	Féminin	39	Cocaïne		8 mois	Oui (contre services sexuels)	Oui (Cactus)
4	Masculin	47	Cocaïne		23 ans	Oui (appartement)	Oui (Cactus)
5	Masculin	32	Cocaïne	Héroïne	6 ans	Non	Non
6	Masculin	33	Cocaïne		6 ans	Oui (appartement)	Oui (Cactus)
7	Masculin	25	Cocaïne	Héroïne	5 ans	Non	Non
8	Masculin	26	Cocaïne		3 ans	Non	Non
9	Masculin	43	Héroïne		22 ans	Oui (appartement)	Oui (Pact de rue)
10	Féminin	33	Cocaïne	Héroïne	4 ans	Oui (" piaule ")	Oui (Pact de rue)
11	Masculin	49	Cocaïne		16 ans	Oui (appartement)	Oui (Pact de rue)
12	Féminin	23	Cocaïne		5 ans	Oui (" piaule ")	Oui (Pact de rue)
13	Féminin	28	Cocaïne		10 ans	Oui (" piaule ")	Oui (Pré-fix)
14	Masculin	27	Cocaïne	Héroïne	6 ans	Oui (appartement)	Oui (Pré-fix)
15	Masculin	39	Cocaïne	Héroïne	15 ans	Oui (appartement)	Oui (Pré-fix)
16	Féminin	20	Héroïne		4 ans	Non	Oui (Spectre)
17	Masculin	38	Cocaïne		11/2 an	Oui (chambre)	Oui (Spectre)
18	Masculin	25	Héroïne	Cocaïne	7 ans	Oui (appartement)	Non

**Annexe -  
Portrait sommaire des consommateurs et consommatrices interviewés (suite)**

	Expérience de surdoses avec hospitalisation	Hospitalisation liée à l'injection (autre que surdose)	Principale source de revenu pour défrayer la consommation	Lieux d'injection habituels (en ordre d'importance)	Judiciarisation
1	Oui	Abcès	Prostitution	Parcs, ruelles et toilettes	Non
2	Non	Non	Vols/quête	Parcs et toilettes	Oui
3	Non	Non	Substance fournie par co-locataire	Appartement	Non
4	Oui	Abcès	Trafic	Appartement	Oui
5	Oui	Abcès	Vols/quête	Carré Viger et toilettes	Oui
6	Oui	Non	Travail officiel	Parcs et ruelles	Non
7	Oui	Non	Vols/quête	Carré Viger	Oui
8	Non	Abcès	Vols/quête	Carré Viger	Oui
9	Non	Non	Travail au noir	Voiture	Non
10	Non	Abcès	Prostitution	Ruelles et toilettes	Oui
11	Oui	Abcès	Travail au noir	Appartement	Oui
12	Oui	Abcès, septicémie	Prostitution	Ruelles et toilettes	Oui
13	Oui	Abcès	Prostitution	Piste cyclable, ruelles	Oui
14	Oui	Abcès, psychose	Vols/trafic	Appartement, « piaules »	Oui
15	Non	Non	Travail au noir	Appartement	Non
16	Non	Abcès, septicémie	Prostitution	« Squats », parcs, ruelles	Oui
17	Non	Abcès	Prostitution	Parcs, chambre	Oui
18	Oui	Non	Vols	Appartement, peep-show, toilettes	Oui

## Références

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Claessens, C., Blanchette, C. et T. Tran (1998). *Le réseau SurvUDI : Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*, Québec : Centre de santé publique de Québec.
- Atkinson, P. (1990). *The Ethnographic Imagination. Textual Constructions of Reality*, Londres : Routledge.
- Baudrillard, J. (1987). *Cool Memories*, Paris : Éditions Galilée.
- Bertrand, M.-A. (1992). La situation en Amérique du Nord, dans *Drogues et Droits de l'Homme*, F. Caballero (sous la dir.), Collection des empêcheurs de penser en rond, Paris : Ulysse diffusion : 111-129.
- Blankevoort, V., Landreville, P. et A.P. Pires (1979/80). Les coûts sociaux du système pénal. Notes méthodologiques, *Crime et/and Justice*, 7/8 (3/4) : 180-189.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Déry, M., Soto, J. et J. Vincelette (1997). High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal : Results of a Cohort Study, *American Journal of Epidemiology*, 146 (12) : 994-1002.
- Busino, G. (1990). La sociologie, une science infirme ? dans *Critiques du savoir sociologique*, Paris : PUF : 21-45.
- Busino, G. (1988). L'objectivité dans les sciences humaines, dans *L'objectivité dans les différentes sciences*, Agazzi, E. (éd.), Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg Suisse : 179-186.
- Cardinal, N. (1988). Dimensions culturelle et historique de l'usage des psychotropes, dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, P. Brisson (sous la dir.), Boucherville : Gaëtan Morin : 21-36.
- 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. (2001a). *Des lieux d'injection de drogues illicites à Montréal, Projet pilote du Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes, Montréal, Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes (publication restreinte)*.
- Carrier, N. (2001b). *Le point de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal*, allocution présentée dans le cadre des Journées scientifiques de l'Unité maladies infectieuses, Montréal, Direction de la santé publique, 23 novembre.
- 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 B. Quirion, (dans le présent numéro). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation, *Drogues, santé et société*, 2 (1).
- Centre québécois de coordination sur le sida (1999). *Programmes d'échanges de seringues du Québec*, 1 (1) : 1-4.
- Chevalier, S. et I. Laurin (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre : Faits et méfaits. (1999)*, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal : Direction de la santé publique et Direction de la programmation et de la coordination.
- Clifford, J. (1996). De l'autorité en ethnographie, dans *Malaise dans la culture. L'ethnographie, la littérature et l'art au XXe siècle*, Paris : École nationale supérieure des Beaux Arts : 29-59.
- Cloutier, R. et A. Demers (1999). Réduction des méfaits associés à la toxicomanie : implications pour le réseau de la santé et des services sociaux, *Actes du colloque Drogues par injection : enjeux pour la société*, Montréal : Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal : 77-80.

- Comité consultatif sur la santé de la population (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Document de travail pour consultation, Ottawa, publication restreinte.
- Comité intersectoriel portant sur la récupération des seringues à la traîne dans l'environnement (2001). Document de travail du 24 mai 2001, Montréal : *Comité intersectoriel portant sur la récupération des seringues à la traîne dans l'environnement*, publication restreinte.
- Craig, T. (2001). *My Place, Your Place or a Safe Place : The Intention to Use a Supervised Injection Facility (SIF) in Montreal Injecting Drug Users*, allocution présentée dans le cadre des Journées scientifiques de l'Unité maladies infectieuses, Montréal, Direction de la santé publique, 23 novembre.
- Crofts N. et D. Herkt (1995). A history of peer-based drug-user groups in Australia. *The Journal of Drug Issues*, 25 (3) : 599-616
- Denzin, N. K. (1998). The Art and Politics of Interpretation, dans *Handbook of Qualitative Research*. Vol. III : Collecting and Interpreting Qualitative Materials, Denzin, N. K. et Y. S. Lincoln (éds.), Thousand Oaks : Sage Publications : 313-344.
- Denzin, N. K. (1997). *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*, Thousand Oaks : Sage Publications.
- Denzin, N. K. (1992). *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*. The Politics of Interpretation, Cambridge : Blackwell Publisher.
- Deslauriers, J.-P. et M. Kérésit (1997). Le devis de recherche qualitative, dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, J., J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), Montréal : Gaëtan Morin : 85-111.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald D., et F. Trautmann (2000). Drug Consumption Facilities in Europe and the Establishment of Supervised Injecting Centres in Australia, *Drug and Alcohol Review*, 19, *Harm Reduction Digest 10* : 337-346.
- Dolan, K. et A. Wodak (1996). *Final Report on Injecting Rooms in Switzerland*, non publié [En ligne] : <http://lindesmith.org/library/dolan2.html> (11 mai 2001).
- Dufour, M. (2001). *Une approche révolutionnaire* - Agnès Maltais, Journal de Québec, 20 novembre.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*, Paris : Hachette.
- Fischer, B. (1997). The Battle for a New Canadian Drug Law : A Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition ? A chronology, dans *Harm Reduction : A New Direction for Drug Policies and Programs*, P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (éds.), Toronto : University of Toronto Press : 47-68.
- Fischer, B. (1995). Drugs, Communities, and «Harm Reduction» in Germany : The New Relevance of «Public Health» Principles in Local Responses, *Journal of Public Health Policy*, 16 (4) : 389-411.
- Fry, C. et R. Testro (2000). «Not Just For Us ...». *Safe Injection Rooms : A Survey of the Attitudes of 215 Street-Based Heroin Users in Melbourne*, Victoria, Fitzroy: Youth Substance Abuse Service.
- Fry, C., Fox S., et G. Rumbold (1999). Establishing Safe Injection Rooms in Australia : Attitudes of Injecting Drug Users, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23 (5), 501-504.
- Gadamer, H.-G. (1960). *Vérité et méthode. Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris : Seuil.
- Geertz, C. (1974). «From the Native's Point of View» : On the Nature of Anthropological Understanding, dans *Local Knowledge : Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York : Basic Books : 55-70.
- Geertz, C. (1972). The Politics of Meaning, dans *The Interpretation of Cultures*. Selected Essays, New York : Basic Books : 311-326.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*, Stanford : Stanford University Press.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*, Berkeley : University of California Press.

- Guba, E. G. et Y. S. Lincoln (1998). Competing Paradigms in Qualitative Research, *dans Handbook of Qualitative Research. Volume I. The Landscape of Qualitative Research*, Denzin, N. K. et Y. S. Lincoln (éds.), Thousand Oaks : Sage Publications : 195-220.
- Gubrium, J. F. et J. A. Holstein (1997). *The New Language of Qualitative Method*, New York : Oxford University Press.
- Haemmig, R. B. (1992). The Streetcorner Agency with Shooting Room ('Fixerstuebli'), *dans The Reduction of Drug-Related Harm*, O'Hare, P.A., R. Newcombe, A. Matthews, E. C. Bunning et E. Drucker (éds.), Londres : Routledge : 181-185.
- Hausser D. et D. Kuebler (1995). The Zürich Experience is Not an Argument Against Harm Reduction Policy, *Addiction* 90 : 291.
- Howard, J. et P. Borges (1971). Needle Sharing in the Haight : Some Social and Psychological Functions, *Journal of Psychedelic Drugs*, 4 : 71-80.
- Huber C. (1994). Needle Park : What Can We Learn From the Zürich Experience ?, *Addiction*, 89 : 513-516.
- Jauffret M. (2000). *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*. Documents du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société.
- de Jong, W. et U. Weber (1999). The Professional Acceptance of Drug Use : A Closer Look at Drug Consumption Rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland, *International Journal of Drug Policy*, 10 : 99-108.
- Kemmesies, U.E. (1995). *The Open Drug Scene and the Safe Injection Room Offers in Frankfurt am Main 1995*. Final Report, traduction anglaise par le Coordination Bureau of the European Cities on Drug Policy (1999) [En ligne] : <http://www.drugtext.org/articles/InjectionRoom/> (11 mai 2001).
- Kerr T. (2000). *Safe Injection Facilities. Proposal for a Vancouver Project*, Projet pilote de la Harm Reduction Action Society, Vancouver : Harm Reduction Action Society.
- Knorr Cetina, K. (1999). *Epistemic Cultures. How the Sciences Make Knowledge*, Cambridge : Harvard University Press.
- Lamoureux, J., Lauzon, P., Lévesque, G.-P., Palmer, D., Perreault, M. et C. Perron (2000). Citoyenneté et toxicomanie. Point de vue des personnes touchées, *Psychotropes - Revue internationale des toxicomanies*, 6 (4) : 27-43.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, *dans La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et A.P. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), Montréal : Gaëtan Morin : 365-389.
- Laplantine, F. (1996). *La description ethnographique*, Paris : Éditions Nathan.
- Leclerc-Olive, M. (1998). Les figures du temps biographique, *Cahiers internationaux de sociologie*, CIV (Janvier-Juin) : 97-120.
- Lindesmith Center (1999). *Safer Injection Rooms, Lindesmith Center*, [En ligne] : [http://lindesmith.org/cites\\_sources/brief17.html](http://lindesmith.org/cites_sources/brief17.html) (11 mai 2001).
- Luhmann, N. (1999). *Politique et complexité. Les contributions de la théorie générale des systèmes*, Paris : Les éditions du cerf.
- Luhmann, N. (1995). *Social Systems*, Stanford : Stanford University Press.
- Marcus, G. E. (1998). What Comes (Just) After «Post» ? The Case of Ethnography, *dans Handbook of Qualitative Research. Volume I. The Landscape of Qualitative Research*, Denzin, N. K. et Y. S. Lincoln (éds.), Thousand Oaks : Sage Publications : 383-406.
- McBride, A.J., Pates, R.M., Arnold, K. et N. Ball (2001). Needle Fixation, The Drug User's Perspective : A Qualitative Study, *Addiction*, 96 : 1049-1058.
- Mills C. W. (1940). Situated Actions and Vocabularies of Motive, *dans Power, Politics and People. The Collected Essays of C. Wright Mills*, New York : Oxford University Press, 1963 : 439-452.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes 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.
- Myles, B. (2001). Coup de balai pour éliminer les seringues à la traîne, *Le Devoir*, 28 juin.
- Ouellet, Lawrence, Antonio, J., Jimenez D., Wendell, Johnson, A. et W. Wayne Wiebel (1991). Shooting Galleries and HIV Disease : Variations in Places for Injecting Illicit Drugs, *Crime & Delinquency*, 37 (1) : 64-85.
- Parent, R., Alary, M., Hankins, C. et al. (1997). HIV among IDUs ; Second Surveillance Year of the SURVIDU Network, *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 8 (Suppl. A), 27A.
- Pires, A.P. (1997a). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales, dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrrière, A., Mayer, R. et A.P. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), Montréal : Gaëtan Morin : 3-54.
- Pires, A.P. (1997b). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrrière, A., Mayer, R. et A.P. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), Montréal : Gaëtan Morin : 113-169.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrrière, A., Mayer, R. et A.P. Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives), Montréal : Gaëtan Morin : 173-209.
- Quirion B. (2002). Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives de la régulation de la pratique psychotrope, *Déviance & Société*.
- Quirion B. (2001). *La prise en charge par l'État de l'usage psychotrope au Canada : une analyse des transformations du contrôle social*, Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Remis, R.S., Leclerc, P., Bruneau, J., Beauchemin, J., Millson, P., Palmer, W.H., Degani, N., Strathdee, S. et R. Hogg (1998). *Consortium to Characterize Injection Drug Users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver)*, Toronto : Department of Public Health.
- Riley, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues : politique et pratiques, dans P. Brisson (sous la dir. de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, volume II, Boucherville : Gaëtan Morin : 129-150.
- Robins L. (1974) A follow-up study of Vietnam veteran's drug use. *Journal of drug issues*, winter : 62-63.
- Robins L. (1993) Vietnam veteran's rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88 : 1041-1054.
- Robins L. et G.E. Murphy (1967) Drug use in a normal population of young Negro men. *American Journal of Public Health*, 57 (9) : 1581-1596.
- Robins L., Davis H., Goodwin W. (1974) Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam: a follow-up on their return home. *American Journal of Epidemiology*, 99 (4) : 235-249.
- Rorty, R. (1980). *Philosophy and the Mirror of Nature*, Princeton : Princeton University Press.
- Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C. et N. Lemire (1998). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH : Étude de prévalence*, Montréal : Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.
- 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. de), Montréal : Multimondes, 415-432.
- 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.

- Turner, R. (1989). Deconstructing the Field, dans *The Politics of Field Research : Sociology beyond Enlightenment*, Gubrium, J. F. et D. Silverman (éds.), London : Sage Publications : 13-29.
- Victoria Drug Policy Expert Committee (2000a). *Drugs: Responding to the Issues, Engaging the Community*. Stage One Report [En ligne] <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/dpec/index.htm> (22 mai 2001).
- Victoria Drug Policy Expert Committee (2000b). *Drugs: Meeting the Challenge*. Stage Two Report [En ligne] <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/dpec/index.htm> (22 mai 2001).
- Wild, N. (2002) *FIX The story of an addicted city*. Film documentaire de 93 minutes. Canada Wild Productions Ltd.
- Wittgenstein, L. (1951). *De la certitude*, Paris : Gallimard, 1976.
- Wittgenstein, L. (1945). Investigations philosophiques, dans *Tractatus Logico-philosophicus, suivi de Investigations philosophiques*, Paris : Gallimard, 1961
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven : Yale University Press.

## Notes

- 1 Dans les écrits anglais sur le sujet, les LIDI sont désignés par Safe Injection Facilities, Safe Injection Rooms, Supervised Injection Facilities, Drug Injecting Rooms ou Drug Consumption Rooms. Nous préférons employer lieux d'injection de drogues illicites parce que la nature « sécuritaire » de ces lieux est équivoque (réfère-t-on à la violence ? à la répression policière ? aux risques de surdose ?) et parce que nous voulons insister sur le fait que la revendication de la mise en place de tels lieux ne s'accompagnent d'aucune mise en cause du régime prohibitif.
- 2 À la fin 2001, on comptait 47 LIDI officiels en exploitation, répartis dans 26 villes d'Allemagne, de Suisse, de Hollande et d'Australie. Sur la situation en Allemagne, voir notamment Lindesmith Center (1999), Kemmesies (1995) et Fischer (1995) ; en Suisse, notamment de Jong et Weber (1999), Dolan et Wodak (1996) et Haemming (1992) ; en Hollande, notamment Dolan et al. (2000) et Brisson (1997) ; en Australie, notamment Victoria Drug Policy Expert Committee (2000a, 2000b).
- 3 Voir Quirion (2002, 2001), Carrier (2003) et Carrier et Quirion (dans le présent numéro) pour différentes interprétations de cet attrait et, plus généralement, du « succès » des stratégies se revendiquant de la « philosophie » de « réduction des méfaits ».
- 4 Aucune recherche empirique de langue française n'a été recensée. La majorité des études, prenant pour scène l'Allemagne, la Suisse alémanique et la Hollande, sont de facture néerlandaise et allemande.
- 5 Évidemment, toute démarche analytique suppose une typification. L'interprétation est d'ailleurs impensable sans préjugés (Gadamer, 1960). Mais, dans la démarche quantitative, le nombre impose une standardisation qui rend impossible une interprétation du sens autre que celui que l'on projette dans les cases... en assumant une intersubjectivité transcendante.
- 6 Lorsque l'auteur principal (Carrier, 2001b) a présenté les résultats de la recherche devant un auditoire, immédiatement après la conférence optimiste de Craig (2001), la dissonance des conclusions des deux études a soulevé cette critique et donné suite à la démonstration qu'un discours chiffré, à partir de « données » prétendument « représentatives », voit son autorité à définir la réalité facilement reconnue.
- 7 Il s'agit là de la représentation dominante des « vraies » sciences ; une analyse des modalités de production de la connaissance dans cet univers montre cependant une conscience du rapport réflexif sujet connaissant-objet connu (Giddens, 1990 :40), et l'abandon d'une détermination positive du connu et du connaissable (Knorr-Cetina, 1999 :64).
- 8 Cela ne vaut pas seulement pour l'analyse des discours mais bien pour tout objet social, ce qui amène les penseurs qualifiés de postmodernes à nier la possibilité d'une réalité sociale a-textuelle.
- 9 L'auteur principal, présent au cours des activités de la ressource, abordait habituellement les consommateurs et leur présentait le projet de recherche. À trois occasions, ce sont les employés qui informèrent les consommateurs de la présence du chercheur, pendant qu'était conduite une entrevue. Quatre interviewés furent rejoints directement dans la rue, et incidemment ceux-ci ne fréquentaient aucun programme d'échange de seringues. Il était convenu avec les personnes qui acceptaient de réaliser une entrevue qu'elles recevraient la somme de 20 \$. Par contre, cette information était la dernière à être fournie sur le projet et plusieurs acceptèrent de réaliser l'entrevue avant même de savoir qu'ils seraient rémunérés. À deux reprises, nous avons préféré ne pas réaliser l'entrevue avec une personne se montrant très intoxiquée et visiblement peu intéressée à prendre la parole, mais simplement à « faire un test à vingt piastres ». C'est ainsi qu'est souvent désignée la participation à une recherche dans le monde de la rue et de l'injection. Cela parce que la majorité des actes de recherches qui y sont conduits sont la passation de questionnaires, en retour de quoi les consommateurs reçoivent habituellement 20 \$ (le prix d'un quart de gramme de cocaïne).

- 10 Certains de ces thèmes, établis dans la perspective de l'élaboration d'un projet pilote de LIDI pour le Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes, ne seront pas traités ici.
- 11 Dans le cas présent, cela s'explique par le contexte de l'étude, commandée pour l'élaboration d'un projet pilote destiné aux consommateurs les plus marginalisés de la métropole québécoise. Toutefois, si la mise en place de LIDI n'est pas construite comme s'adressant spécifiquement aux consommateurs mieux nantis socialement et économiquement, il eut été intéressant d'obtenir leurs points de vue : certains objectifs prêtés à l'instauration de LIDI ne sont pas sans rapports avec l'incapacité qu'ils ont de connaître la qualité et la pureté des substances du fait de leur illégalité.
- 12 Les numéros qui figurent à la suite des extraits d'entrevue font référence à ceux attribués aux interviewés en annexe.
- 13 Par « piquerie », nous entendons ici des lieux privés, où les personnes se rendent pour s'injecter des drogues illicites, dont l'accès peut être soumis à des contrôles variables sans toutefois être dépendant d'une relation intime avec le propriétaire des lieux (lequel peut habiter ou non ces lieux). Pour un essai typologique, voir Ouellet et al (1991).
- 14 Certains auteurs comparent, notamment mais pas seulement pour cette raison, la pratique de l'injection avec la sexualité (McBride et al., 2001 ; Howard et Borges, 1971).
- 15 C'est au cours des années 1990 que se développent les LIDI en Suisse, principalement, comme plus tard à Francfort, en réaction à la visibilité de la consommation (Open Drug Scene). Le parc public Platzpitz de Zurich, surnommé le Needle Park, est la plus célèbre de ces scènes marquées par la tolérance policière, la visibilité de la consommation (et des surdoses), la violence et les vols. Ce parc, « rendant visible la détérioration du mode de vie des toxicomanes et intolérables les manifestations de violence et d'atteinte à la qualité de vie des citoyens » (Brisson, 1997 : 67), sera fermé par une intervention policière musclée. Pour un commentaire sur le parc de Zürich, voir Huber (1994), également Hausser et Kuebler (1995).
- 16 La proportion des consommateurs québécois qui s'injectent des drogues illicites dont la substance de choix est la cocaïne est évaluée, selon les études, entre 65 et 90 % (Centre québécois de coordination sur le sida, 1999 ; Alary et al., 1998 ; Roy et al., 1998 ; Bruneau et al., 1997).

# Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI)

**Nancy Haley**

B. Sc., M.D., FRCP(C), FAAP, médecin, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

**Élise Roy**

M.D., M. Sc., médecin, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

**Pascale Leclerc**

M. Sc., professionnelle de recherche, Unité Maladies infectieuses, DSP de Montréal

## Résumé

La dernière décennie a été marquée par une augmentation importante du nombre de pays rapportant que l'injection de drogues est présente dans leur population. Et, dans plusieurs pays, particulièrement dans ceux en voie de développement, la plupart des nouveaux injecteurs ont entre 15 et 24 ans. De nombreuses conséquences sociales et sanitaires sont associées à l'injection de drogues, les principales conséquences de type infectieux étant l'hépatite C et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous présenterons dans cet article les comportements d'injection et les comportements sexuels des injecteurs adolescents et jeunes adultes qui en font des personnes à risque pour ces deux infections. Nous y décrirons également des caractéristiques de ces jeunes injecteurs, qui sont liées à leur âge, dont il faut tenir compte dans l'élaboration de programmes de prévention : besoins liés au développement cognitif, physique et psychologique et aux contraintes d'ordre légal. Finalement, nous exposerons les résultats d'une vaste recherche que nous avons menée dans la littérature en vue de trouver des projets de prévention de l'infection par le VIH et de l'hépatite C qui ont répondu aux besoins spécifiques des jeunes injecteurs et qui ont fait l'objet d'une évaluation. Cette recherche a démontré qu'il existe très peu d'interventions satisfaisantes dans ce domaine. Selon nous, il est urgent que de telles interventions soient développées, évaluées et diffusées afin de contrer les épidémies de VIH et d'hépatite C qui sévissent chez les jeunes injecteurs.

## Efficient Interventions In The Prevention Of HIV And Hepatitis C In Young Injection Drugs Users (IDU).

## Intervenciones de prevención eficaces contra el VIH y la hepatitis C entre los jóvenes UDI

### Abstract

*The last decade has been marked by a rapid rise in the number of countries reporting injection drug use in their population. The majority of persons initiating injection are youth 15 to 24 years of age. Many social and health problems are a result of injection drug use, and the main infectious consequences are viral infections due to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis C virus (HCV). This article will review the sexual and injection behaviours of young injection drug users that put them at risk of acquiring these infections. Certain cognitive, physical and psychological age-related characteristics of youth will be reviewed. These specific developmental aspects, as well as the legal constraints facing many young people, need to be taken into consideration when developing and implementing prevention programs. Finally, we will present the results of an extensive literature search aimed at identifying HIV and HCV prevention projects that were developed specifically for youth and that had an evaluation component. This search shows that there exist very few evaluated interventions that specifically address the needs of young injection drug users. There is an urgent need for youth-specific interventions to be developed, evaluated and diffused given the growing epidemic of HIV and HCV infection among young injection drug users.*

### Resumen

*La última década fué marcada por un aumento importante del número de países que reportan la inyección de drogas en su población, y que la mayoría de los que les las inyectan tienen entre 15 y 24 años. Numerosas consecuencias sociales y sanitarias están asociadas a la inyección de drogas, las principales, de tipo infeccioso, siendo la hepatitis C y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Este artículo pasa en revista los comportamientos de inyección y los comportamientos sexuales de éstos adolescentes y jóvenes adultos, que les hacen correr el riesgo de atrapar éstas dos infecciones. Describiremos igualmente ciertas características de éstos jóvenes que se inyectan drogas, que se tienen que tomar en consideración en la elaboración de programas de prevención. En razón de su edad estas personas tienen necesidades relacionadas con el desarrollo cognitivo, físico y psicológico, y con las coacciones de orden legal que deben ser tomadas en consideración.. Finalmente, presentaremos los resultados de un amplio informe de la literatura cuyo objetivo es la identificación de los proyectos de prevención de la infección por la VIH y de la hepatitis C que responden a las necesidades específicas de los jóvenes que se inyectan drogas y que ya han sido evaluados. Este informe muestra que existen muy pocas intervenciones que respondan específicamente a las necesidades de éstos jóvenes. Consideramos que es urgente que tales intervenciones sean desarrolladas, evaluadas y difundidas afín de contrar las epidemias de VIH y de hepatitis C que hacen estragos en los jóvenes que se inyectan drogas.*

## INTRODUCTION

L'injection de drogues est un phénomène social en progression partout sur la planète. La nature cachée et illégale de ce comportement rend difficile l'estimation du nombre de personnes touchées. Selon l'ONU-Sida, il y aurait jusqu'à 10 millions de personnes qui s'injectent des drogues à travers le monde (UNAIDS, 2002). La dernière décennie a été marquée par une augmentation importante du nombre de pays rapportant l'injection de drogues dans leur population, passant de 80 en 1992 à 136 en 1999 (UNAIDS, 2002). Dans plusieurs pays, particulièrement dans ceux en voie de développement ou subissant des bouleversements politiques et économiques, une grande partie des injecteurs ont entre 15 et 24 ans (Ball, 2000).

L'injection de drogues a de nombreuses conséquences sanitaires et sociales. L'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite C sont parmi les principaux problèmes infectieux de santé associés à ce comportement. Parmi les 40 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, environ 3,3 millions l'ont été par suite de l'injection de drogues (UNAIDS, 2001). Le nombre de pays rapportant une épidémie de VIH au sein de leur population d'utilisateurs de drogues par injection (UDI) a plus que doublé entre 1992 et 1999, passant de 52 à 114 (Needle et al., 2001). Le taux de prévalence du VIH chez les UDI varie largement d'un pays à un autre. Ces variations reflètent le début plus ou moins récent de l'épidémie de VIH dans la population d'UDI ainsi que l'inten-

sité des mesure de réduction des méfaits qui ont été implantées. Des taux de prévalence allant jusqu'à 70 % ont été rapportés chez les UDI de certains pays (UNAIDS, 2002 ; Cohn, 2002 ; Des Jarlais et al., 1999).

Le VIH se transmet facilement par voie sexuelle, ce qui signifie que l'épidémie chez les UDI peut se répandre dans la population générale. Plusieurs études ont montré que les UDI ont des activités sexuelles à haut risque et qu'une forte proportion d'entre eux sont actifs dans le commerce du sexe (CDC, 1995). La transmission sexuelle du VIH d'un UDI à ses partenaires sexuels non UDI entraîne un nombre croissant de cas d'infection par le VIH chez les femmes et leurs enfants. Ainsi, aux États-Unis, les UDI, leurs partenaires sexuels et leurs enfants représentent plus du tiers (36 %) de tous les cas de sida déclarés jusqu'en 1999. Parmi ces cas, 13 % sont des partenaires hétérosexuels d'UDI et 1 % sont des enfants infectés par leur mère qui est elle-même UDI ou qui est la partenaire sexuelle d'un UDI (CDC, 2001).

L'hépatite C est un autre important problème de santé lié à l'injection de drogues. Dans les pays qui ont un approvisionnement sanguin sécuritaire, l'injection de drogues est d'ailleurs le principal mode de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) (WHO, 1997). Au Canada, par exemple, on estime que ce comportement est responsable de 60 % des cas (Health Canada, 1999). Les données épidémiologiques suggèrent que, théoriquement, tous les UDI deviendront atteints d'hépatite C. Ainsi, la préva-

lence de l'infection par le VHC est de 82 % chez les UDI de Vancouver et de 70 % chez ceux de Montréal (Patrick et al., 2001 ; Lamothe et al., 1997). De plus, l'infection par le VHC s'acquiert très rapidement après l'initiation à l'injection (Hahn et al., 2001). Des taux de prévalence du VHC atteignant 65 % ont été rapportés chez des personnes s'injectant des drogues depuis moins d'un an (Garfein et al., 1996). À Montréal, la prévalence chez les jeunes de la rue atteint 50 % chez ceux qui s'injectent des drogues depuis trois ans (Roy et al., 2001b).

Nous décrivons ici les comportements à risque pour l'infection par le VIH et pour l'hépatite C chez les adolescents et les jeunes adultes qui s'injectent des drogues. En raison de leur âge, ces personnes ont des caractéristiques qui doivent être considérées dans l'élaboration de programmes de prévention. Nous ferons un survol de ces caractéristiques. Finalement, nous présenterons les projets de prévention de l'infection par le VIH et de l'hépatite C qui répondent aux besoins spécifiques des jeunes injecteurs et qui ont fait l'objet d'une évaluation d'implantation ou d'impact.

## Les comportements à risque chez les jeunes injecteurs

Une revue des études sur les comportements d'injection à risque des jeunes injecteurs montre que le terme « jeune » peut représenter des personnes âgées de 12 ans jusqu'à 35 ans. Nous avons choisi de définir les « jeunes » comme âgés de moins de 25 ans et les adolescents, de 10 à 19 ans, et de présenter principalement des données sur les populations d'UDI correspondant à ces limites d'âge.

À travers le monde, la majorité des nouveaux injecteurs de drogues sont des jeunes. Certaines sous-populations, comme les jeunes de la rue, les jeunes détenus et les jeunes sous protection, sont particulièrement à risque de s'initier à l'injection (Kipke et al., 1996 ; Cohen et al., 1991 ; Yates et al., 1988 ; Roy et al., 2000 ; Roy et al., 2001a ; UNAIDS, 2000 ; Ball, 2000 ; Needle et al., 2001). L'âge moyen au moment de l'initiation à l'injection

varie grandement d'une population à une autre, mais la majorité de tous les injecteurs s'initient vers la fin de l'adolescence (Needle et al., 2001 ; Roy et al., 2002 ; Miller et al., 2002 ; Montgomery et al., 2002 ; Somlai et al., 2002). Dans plusieurs études, la précocité de l'initiation est associée à plus de comportements à risque pour la transmission du VIH (Battjes et al., 1992 ; Doherty et al., 2000). La précocité de l'adoption d'un comportement à risque est d'ailleurs généralement reconnue comme un facteur de risque pour l'adoption précoce d'autres comportements à risque. En plus d'être exposés aux conséquences néfastes de multiples comportements à risque, les jeunes qui s'initient tôt sont susceptibles de voir les impacts négatifs de ces comportements se cumuler sur une longue période.

Chez les UDI, le partage de matériel d'injection est l'un des principaux comportements à risque pour la transmission du VIH et du VHC. Or, des études ont démontré que 27 à 66 % des jeunes injecteurs avaient emprunté ou prêté une seringue au moins une fois dans leur vie (Hien, 2001 ; Mullen & Barry, 2001 ; Louie et al., 1996 ; Hahn et al., 2001 ; Cassin et al., 1998) et qu'entre 34 et 54 % avaient partagé des seringues récemment, soit au cours du dernier mois ou des six derniers mois (Fennema et al., 1997 ; Roy et al., 2000). Le partage des autres matériels d'injection, soit la cuillère, le filtre ou l'eau, était également très fréquent. En effet, selon les études, de 67 à 87 % des jeunes rapportaient en avoir partagé au moins une fois dans leur vie (Hahn et al., 2001 ; Smyth et al., 2001) et 64 à 87 % récemment (Cassin et al., 1998 ; Smyth et al., 2001 ; Roy et al. 2000).

Les conditions sociales et environnementales dans lesquelles les jeunes s'injectent des drogues peuvent avoir un impact négatif sur leurs pratiques d'injection. Par exemple, dans plusieurs pays, une grande proportion des jeunes rapportent s'être injectés des drogues à l'extérieur, ce qui peut mener à des conditions d'injection dangereuses et non hygiéniques et augmenter les risques d'infection (Smyth et al., 2001 ; Hien, 2001).

Bien qu'une large proportion des recherches sur les comportements à risque des jeunes injecteurs menées au cours de la dernière décennie se soient penchées sur leurs comportements d'injection, leurs comportements sexuels doivent également être pris en considération. En effet, des études récentes ont montré l'existence de multiples comportements sexuels à risque chez les jeunes injecteurs (Hahn et al., 2001 ; Mullen & Barry, 2001 ; Louie et al., 1996 ; Roy et al., 2000 ; Roy et al., 2001a ; Somlai et al., 2002). Malgré le fait que ces jeunes aient grandi à une époque où la promotion du condom était largement répandue, une grande proportion d'entre eux ne l'utilisent pas de façon constante. Ainsi, dans une population d'injecteurs âgés de 15 à 19 ans, 48 % des filles et 36 % des garçons rapportaient ne pas l'avoir utilisé de façon constante au cours de l'année précédente, en dépit d'une moyenne de trois partenaires au cours de cette période (Mullen & Barry, 2001). Dans une autre étude, 47 % des UDI de 12 à 21 ans rapportaient n'avoir jamais utilisé le condom avec leurs partenaires réguliers, 21 % ne l'avoir jamais utilisé avec leurs partenaires occasionnels et 11 % ne l'avoir jamais utilisé avec leurs clients (Louie et al., 1996).

Les jeunes injecteurs rapportent également divers autres comportements sexuels à risque. Dans une population de jeunes adultes UDI, 40 % disaient avoir eu entre 6 et 20 partenaires sexuels au cours de l'année précédente ; de même, 81 % affirmaient avoir eu un partenaire sexuel UDI et 20 % rapportaient avoir eu des activités sexuelles de survie au cours des six mois précédents (Hahn et al., 2001). L'expérimentation sexuelle, y compris des expériences homosexuelles et bisexuelles, est rapportée par plusieurs jeunes durant cette période de développement où ils forgent leur identité sexuelle. Dans certaines études menées chez des UDI adolescents et jeunes adultes, plus de 20 % des participants rapportaient des activités homosexuelles (données inédites, Roy, 2002) ou bisexuelles (Kral et al., 2000).

À la lumière de ces multiples comportements sexuels à risque, il n'est pas surprenant de constater

la fréquence élevée des maladies transmises sexuellement (MTS) chez les jeunes UDI. Ainsi, dans une étude, une MTS non ulcéreuse a été diagnostiquée chez 21 % des jeunes injecteurs (Hahn et al., 2001a) alors que dans une autre, 28 % des injecteurs féminins âgés entre 15 et 23 ans et 14 % des injecteurs masculins du même âge ont rapporté une histoire de diagnostic de MTS (Montgomery et al., 2002). La présence importante des MTS chez les jeunes injecteurs est d'autant plus préoccupante qu'elle pourrait multiplier par dix la vulnérabilité à la transmission du VIH (UNAIDS, 2002).

En plus de causer des MTS, les comportements sexuels non protégés sont aussi sources de grossesses imprévues. Ainsi, chez les jeunes de la rue de Montréal qui s'injectent des drogues, 47 % rapportaient une histoire de grossesse au moment du début de leur participation à l'étude (données inédites, Roy, 2002). Ces grossesses présentent un potentiel important de transmission du VIH, et dans une moindre mesure du VHC, de la mère à l'enfant.

La présence combinée de comportements sexuels à risque et de comportements d'injection à risque, combinaison qui semble caractériser les jeunes UDI, serait particulièrement importante chez ceux qui sont polytoxicomanes. En effet, la polytoxicomanie, très présente chez les jeunes injecteurs, serait associée à la fois à un risque accru de pratiques d'injection non sécuritaires (Peters et al., 1998 ; Smyth et al., 2001) et de comportements sexuels non protégés (Schilling, 1991 ; CDC, 1995 ; Paone et al., 1995).

La revue de la littérature illustre donc clairement que les jeunes UDI ont de multiples comportements sexuels et de consommation de drogues qui les mettent à haut risque pour l'acquisition du VIH et du VHC. Ce constat suggère que les programmes de prévention développés pour les jeunes injecteurs devraient cibler tant les comportements d'injection que les comportements sexuels.

## Les caractéristiques spécifiques des jeunes injecteurs et leur impact sur la prévention

Il existe une certaine controverse dans la littérature à savoir si les jeunes UDI ont plus ou moins de comportements à risque que les injecteurs plus vieux (Loxley et al., 1991 ; Mullen & Barry, 2001 ; Hunter et al., 2000 ; Smyth et al., 2001 ; Thorpe et al., 2001 ; Fennema et al., 1997 ; Kral et al., 2000). Mais en dépit de cette controverse, une chose est claire pour tous : les jeunes UDI ont un risque élevé d'infection par le VIH et le VHC en raison de leurs comportements. Et afin de répondre adéquatement aux besoins de ces jeunes, une attention particulière doit être accordée à leurs caractéristiques uniques et à leur situation. Les programmes de prévention de l'infection par le VIH et de l'hépatite C doivent tenir compte des différences de développement et des habiletés des personnes de cet âge comparativement à celles des injecteurs plus vieux. L'adolescence et le début de l'âge adulte entraînent des changements importants sur les plans cognitif, physique et psychologique, et ces changements influent sur les attitudes et les comportements des jeunes. De plus, certaines contraintes légales qui affectent les adolescents, et plus particulièrement les mineurs, peuvent avoir un impact sur leur accessibilité aux services de prévention et de santé. Dans les prochains paragraphes, nous nous attarderons plus particulièrement aux principales caractéristiques des jeunes qui devraient être prises en considération au moment de la planification d'intervention en prévention auprès des jeunes UDI.

### Développement cognitif

Le stade de développement cognitif d'un adolescent a un effet sur la façon dont il perçoit le risque et la responsabilité personnelle. Durant l'adolescence et le début de l'âge adulte, des changements importants se produisent dans la capacité d'intégration de l'information et de compréhension du monde et de ses phénomènes. Le début de l'adolescence est une période où la pensée magique, le

sentiment d'invulnérabilité et la pensée concrète prévalent. Graduellement, au fil de l'adolescence, les jeunes passent au stade de la pensée formelle (Piaget, 1972) et deviennent capables de faire des déductions et de penser à des concepts abstraits (Piaget, 1972 ; Bukstein, 1995). Ceci leur permet de faire des projections et de percevoir les conséquences de leurs actions. Cette évolution influence directement les comportements d'auto-protection et de santé ainsi que la perception du risque et la recherche de solutions.

L'adolescence est également une période charnière pour l'acquisition de compétences liées à la protection telles que la négociation. Les expériences pratiques impliquant le développement de l'estime de soi et des compétences sociales sont essentielles durant cette phase importante de développement. Par ailleurs, le développement moral est lui aussi en pleine évolution et les contrôles internes plutôt que les contrôles externes commencent à guider les impulsions et les comportements (Kohlberg, 1969).

### Développement physique et sexuel

Durant l'adolescence, des changements physiques et hormonaux majeurs ont des effets directs sur les comportements, dont une augmentation marquée de l'énergie et des pulsions sexuelles. Cette période correspond à une phase importante de découverte de soi et d'exploration de l'identité sexuelle. Cela peut souvent se traduire par des relations sexuelles avec de multiples partenaires, y compris des expériences homosexuelles et bisexuelles.

L'activité sexuelle accrue durant l'adolescence combinée à la pensée magique amènent des taux élevés de MTS chez les jeunes dans plusieurs régions du monde. L'OMS estime que 300 millions de personnes sont infectées par une MTS pouvant être traitée et que la majorité de ces infections surviennent chez les jeunes (UNAIDS, 2002). Les adolescentes sont particulièrement vulnérables aux MTS en raison d'une susceptibilité biologique liée à l'immaturité du col de l'utérus (Padian et al., 1991 ; Futterman et al., 2000). Une MTS non traitée en

présence de cette immaturité physiologique faciliterait la transmission du VIH à l'occasion d'une relation sexuelle vaginale non protégée (Cohen, 1998).

## Développement psychosocial

L'adolescence est également une période de grands développements sur les plans psychologique et social. Ces développements conduisent graduellement à la définition de l'identité personnelle et à une indépendance accrue. L'influence des parents diminue alors que celle des pairs augmente. L'appartenance sociale devient une priorité et les pairs jouent un rôle-clé de validation externe pendant que les jeunes développent graduellement leur propre identité (Erickson, 1980). Durant cette période, ils préfèrent utiliser les services conçus spécialement pour leur groupe d'âge. Ils évitent ceux perçus comme autoritaires, moralistes ou destinés aux adultes (Gleghorn et al., 1997 ; Rew et al., 2002 ; Kim et al., 1997 ; Walters, 1999). La peur du jugement, de la discrimination ou de la stigmatisation est fréquente chez les jeunes ; c'est pourquoi la confidentialité et le respect de la vie privée sont extrêmement importants et doivent être assurés lorsque les jeunes viennent chercher des informations sur la santé ou des services (Rogstad et al., 2002).

La quête d'indépendance face aux parents et la recherche de son identité propre peuvent se traduire par l'essai de substances psychoactives, ce qui est un comportement fréquent et normal. Toutefois, d'autres facteurs, comme une faible estime de soi, la dépression, l'ennui ou l'anxiété, peuvent amener les jeunes vers un usage croissant de drogues et mettre leur santé en péril (Bukstein, 1995). Par ailleurs, une consommation abusive peut être le signe d'un problème de santé mentale chez les jeunes. En effet, il est reconnu que la période suivant la puberté est une période pendant laquelle l'apparition de désordres psychiatriques majeurs est relativement fréquente (Burke et al., 1990).

## Contraintes légales

Il est particulièrement important de tenir compte des contraintes légales dans le développement d'interventions pour les jeunes. Dans un grand nombre de pays, l'approbation parentale est requise pour que les mineurs aient droit à des services de santé et de prévention. L'accès à des services, comme ceux pour les MTS, la santé sexuelle et le traitement pour la consommation abusive de drogues, ou l'accès à du matériel de prévention comme les condoms ou les seringues, peuvent donc être problématiques. Cependant, il existe des pays où les lois permettent aux mineurs d'avoir accès, sans le consentement de leurs parents, à de tels services. Mais même dans ces pays, l'accès aux services par les mineurs peut être difficile, car les intervenants ne sont pas tous au courant de ces droits. De plus, les jeunes marginalisés, comme les jeunes de la rue, font face à des contraintes supplémentaires, notamment par leur implication fréquente dans des activités criminalisées ou illégales. La situation des mineurs en fugue ou celle des délinquants sur lesquels pèsent des charges légales sont des exemples éloquentes (Thomas et al., 2002).

## Les projets de prévention du VIH et de l'hépatite C

La revue de la littérature montre clairement que les jeunes UDI ont plusieurs comportements à risque pour la transmission du VIH et du VHC ; ils ont de nombreux comportements d'injection à risque, mais également de nombreux comportements sexuels à risque. Les projets de prévention du VIH et du VHC doivent donc cibler ces deux types de comportements. De plus, ils doivent tenir compte des besoins particuliers des jeunes UDI. Comme nous l'avons vu, ces besoins sont liés à leur stade de développement cognitif et psychologique de même qu'aux contraintes légales auxquelles ils font face. Nous avons cherché à connaître des interventions de prévention du VIH et du VHC élaborées spécifiquement pour ces jeunes et dont l'efficacité ait été démontrée.

Disons d'abord qu'il existe peu d'interventions en prévention du VIH et de l'hépatite C ciblant précisément les jeunes UDI dont les résultats de l'évaluation ont été publiés. Afin de les repérer, nous avons effectué des recherches à partir de mots-clés dans différentes banques de données informatisées (Medline, Sociofiles, ERIC, Psychofiles et Aidsline) et sur les sites Web de bibliothèques ainsi que d'organismes spécialisés dans le domaine de la consommation de drogues et du sida. De plus, nous avons demandé à des informateurs-clés dans plusieurs régions du monde de nous faire part de projets non publiés dans la littérature révisée par les pairs.

L'ensemble de notre recherche nous a permis de trouver seulement cinq projets en prévention répondant à nos critères. Deux de ces projets ont été menés en Australie et trois aux États-Unis. Nous allons les décrire brièvement.

### ***Safer Injecting Cwiz (SIC) (Sheaves et al., 2001)***

Ce projet de prévention de l'hépatite C chez les jeunes UDI de moins de 25 ans a été implanté dans une banlieue économiquement défavorisée de Sydney où l'injection est un phénomène plutôt caché et où les jeunes injecteurs sont difficiles à rejoindre. Il reposait sur deux stratégies principales : 1) un mode de recrutement effectué par les pairs et 2) un questionnaire interactif de 12 questions qui servait d'outil de base à la fois pour l'évaluation des connaissances sur l'hépatite C et pour l'amélioration de ces connaissances.

Dans ce projet, l'intervention repose sur le modèle de la vente pyramidale. De jeunes injecteurs remplissent un questionnaire interactif sur l'hépatite C ; le questionnaire est en fait une session de formation sur cette maladie. Ils reçoivent 20 \$ pour la formation. Par la suite, ils peuvent recruter et éduquer leurs pairs. Les pairs formateurs reçoivent 10 \$ pour chaque jeune qu'ils ont recruté et formé puis amené au site du projet. Lors de leur visite au site, les recrues remplissent à leur tour le questionnaire. Les pairs formateurs peuvent recevoir jusqu'à 10 \$

supplémentaires selon la performance de leur recrue au questionnaire. Les recrues, quant à elles, reçoivent 20 \$ pour remplir le questionnaire, peu importe leur résultat. Après leur formation, elles peuvent à leur tour devenir des pairs formateurs et recruter de nouveaux participants.

Le questionnaire est divisé en trois thèmes : « Qu'est-ce que c'est ? », « Comment ça s'attrape ? » et « Comment l'éviter ? ». Pour chaque thème, des accessoires (photographies, objets, etc.) appuient les explications. Par exemple, deux plateaux sont utilisés pour le thème « Comment ça s'attrape ? » : l'un contient du matériel d'injection, le second des objets de la vie courante tels qu'une brosse à dents.

L'intervention a été évaluée à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives. Tout d'abord, les connaissances des participants ont été mesurées à trois reprises à l'aide du questionnaire de 12 questions. Ces mesures ont été prises au début et à la fin de la formation puis au cours d'une entrevue de suivi. De plus, les participants ont rempli à deux reprises, soit au début de la formation et lors de l'entrevue de suivi, un questionnaire portant sur leurs comportements à risque de transmission du VHC (partage de seringues et des autres matériels d'injection) au cours du mois précédent. Finalement, l'utilité du programme pour les participants et leur niveau de satisfaction ont été abordés plus qualitativement pendant l'entrevue de suivi.

Cette intervention a été menée entre avril 1999 et août 2000 auprès de 219 participants. Le retraçage des jeunes pour l'entrevue de suivi s'est révélé difficile et seulement 95 des 219 participants ont été rejoints. Ces entrevues de suivi ont eu lieu en moyenne 6,6 semaines après l'intervention. Les deux tiers des participants y ont rapporté des comportements d'injection plus sécuritaires. Parmi ceux qui rapportaient des comportements non sécuritaires pour l'hépatite C avant l'intervention, 47 % avaient éliminé ces comportements à risque au moment du suivi. Globalement, le nombre d'incidents à risque rapporté a chuté de 9 au cours du mois précédant l'intervention à 3 au cours du mois précédant le suivi. Au suivi, 61 % des participants ont indiqué

avoir changé leur façon de voir l'hépatite C. De plus, la comparaison des scores montrait que les connaissances sur l'hépatite C avaient augmenté entre les questionnaires pré et post-intervention. Ils avaient cependant légèrement diminué au moment du suivi.

Par ailleurs, lors de l'entrevue de suivi, les participants ont rapporté être très satisfaits du processus éducatif et des mesures incitatives. Ils ont mentionné que l'utilisation des accessoires pendant la formation rendait les informations plus accessibles et leur permettait de mieux se souvenir des renseignements.

### ***Sharing Knowledge to Protect our Community (Maher et al., 2000)***

Cette deuxième intervention australienne ciblait les jeunes UDI d'origine indochinoise. Les objectifs du projet étaient les suivants : 1) informer ces jeunes UDI sur les infections transmissibles par le sang (ITS) et la consommation de drogues à risque réduit ; 2) clarifier le rôle du dépistage pour les ITS ; 3) développer des habiletés de communication et de partage d'information avec les pairs.

Le programme, comprenant 12 sessions, s'est déroulé sur une période de deux semaines en mai et juin 1999. Il couvrait les concepts d'éducation des pairs et de réduction des méfaits, les risques de transmission des ITS, la consommation à risque réduit, la vie quotidienne avec l'hépatite C, les habiletés de communication et l'accès aux services de santé locaux. Durant les sessions, les participants étaient encouragés à appliquer l'information reçue à des situations et expériences de leur quotidien. En tout, 13 jeunes ont été recrutés et formés à devenir des pairs aidants. Ils recevaient une rémunération s'ils assistaient à au moins 10 des 12 sessions de formation. D'autres mesures d'encouragement étaient également utilisées.

L'évaluation de l'intervention s'est basée principalement sur les perceptions des jeunes pairs aidants. L'information a été recueillie à l'aide d'un formulaire structuré et d'un groupe de discussion. Le formulaire, rempli à la fin de la formation, portait

sur la formation elle-même. Le groupe de discussion, tenu deux semaines plus tard, portait sur la formation ainsi que sur les expériences des jeunes en tant que pairs aidants.

Les informations recueillies au moyen des formulaires d'évaluation se révélèrent positives. Les pairs aidants ont indiqué que leurs connaissances sur la transmission des ITS s'étaient améliorées et qu'ils avaient retiré de la satisfaction de leur formation. Dans le groupe de discussion, les participants ont parlé du renforcement de leur estime de soi associé à leur formation comme pair aidant et des expériences positives qu'ils avaient connues en éduquant leurs pairs et des membres de leur famille sur la prévention de la transmission des ITS. Par ailleurs, ils ont également parlé de situations au cours desquelles leur travail de pair aidant avait été contraignant ainsi que des difficultés associées à la nature stigmatisante de l'injection.

### ***The San Francisco Intensive Outreach Program (Gleghorn et al., 1997)***

Le SFIOR est un programme intensif d'« outreach » mis sur pied par le Département de santé publique de San Francisco dans le cadre d'une étude multisite plus large, *The AIDS Evaluation of Street Outreach Program*. Le SFIOR ciblait les jeunes sans abri, les jeunes fugueurs et les jeunes de la rue du quartier Haight-Ashbury à San Francisco. Cette étude ne visait pas uniquement les jeunes UDI, mais nous avons choisi de la présenter car l'évaluation ciblait spécifiquement certains comportements d'injection.

Les objectifs de l'intervention étaient les suivants : 1) augmenter les contacts des jeunes avec les travailleurs d'outreach ; 2) diminuer les comportements à risque pour le VIH chez les jeunes ; 3) augmenter l'accès aux services de prévention.

L'intervention, qui a débuté au début des années 1990, comportait trois composantes : 1) travail d'outreach traditionnel, par des travailleurs de la santé et des pairs aidants, y compris la distribution de condoms, d'eau de javel et d'un dépliant donnant

une liste de ressources pour divers besoins ; 2) un centre pour jeunes offrant des activités de prévention du VIH individuelles et de groupe ainsi que des services pour répondre aux besoins de base (repas gratuits et douches) ; 3) le développement d'activités de prévention et de matériel éducatif propres aux sous-cultures des jeunes.

Le SFIOR a été évalué à l'aide d'un devis quasi-expérimental entre 1993 et 1995. Six enquêtes transversales séquentielles ont été menées, deux avant et quatre durant l'intervention. Le recrutement s'effectuait dans le secteur où se faisait l'intervention et dans trois autres secteurs de comparaison. Peu de services de prévention pour les jeunes étaient offerts dans les sites de comparaison choisis. Deux de ces sites avaient un programme d'échange de seringues (PES) sur leur territoire. Toutefois, aucun de ces PES ne ciblait spécialement les jeunes.

Par ailleurs, un PES pour les jeunes, qui ne faisait pas partie de l'intervention évaluée, a été implanté durant la quatrième vague de collecte de données. Ce programme ciblait les jeunes UDI du quartier Haight-Ashbury et était publicisé uniquement par le bouche à oreille (ce PES est décrit dans la prochaine section).

En vue de l'évaluation, les participants étaient recrutés selon une technique d'échantillonnage systématique « basée sur les rues » (« street based »). Pour être admissibles, les jeunes devaient 1) être âgés entre 12 et 23 ans ; 2) être sans abri depuis au moins deux mois ou être impliqué dans l'économie de la rue (prostitution, vente de drogues, vol, quête, pornographie ou revente de biens volés), ou les deux. Les données, recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé, couvraient les domaines suivants : caractéristiques démographiques, caractéristiques à risque (orientation sexuelle, activités sexuelles de survie, injection de drogues), activités sexuelles récentes, contacts des jeunes avec les travailleurs d'outreach (TO), références faites par le TO connu de façon plus particulière et comportements de réduction des risques pratiqués par le jeune (utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle, utilisation d'une seringue neuve lors de la dernière

injection chez les UDI s'étant injecté des drogues durant les six mois précédents et avoir fait le suivi pour des références liées au VIH au cours des six derniers mois).

Au total, 1 146 participants ont été recrutés pour l'évaluation, soit 246 au site d'intervention et 183 aux sites de comparaison avant l'implantation de l'intervention, et 392 au site d'intervention et 325 aux sites de comparaison durant l'intervention.

Les résultats ont montré que l'intervention avait rejoint une population de jeunes à haut risque. Une analyse de régression logistique multivariée a permis de détecter une association significative entre l'intervention et le fait d'avoir parlé à un TO, d'avoir eu plus de contacts avec un TO et d'avoir eu un plus grand nombre de références vers d'autres services. Cependant, l'intervention n'était pas associée à l'utilisation d'une seringue propre lors de la dernière injection chez les UDI. De même, aucune association n'a été détectée entre l'intervention et l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle, et ce, peu importe le type de partenaire.

En lien avec le PES pour jeunes implanté durant l'intervention, l'analyse multivariée a montré que les jeunes UDI ayant accès à ce PES avaient une probabilité trois fois plus élevée d'avoir utilisé une seringue propre lors de leur dernière injection que les jeunes qui n'y avaient pas accès.

### ***The secondary syringe exchange program for young homeless IDUs in San Francisco (Sears et al., 2001)***

L'intervention SFIOR, décrite dans la section précédente, s'est terminée en septembre 1996. Cependant, certains de ses éléments ont été conservés, dont le PES pour jeunes UDI. Les objectifs de ce PES étaient de rejoindre les jeunes UDI sans abri et de diminuer leurs comportements à risque pour le VIH. Ce PES est dit « secondaire » parce que les services ne sont pas offerts directement par un organisme, mais plutôt par l'intermédiaire d'un réseau de pairs.

Le PES secondaire a été mis sur pied et exploité par des jeunes UDI du parc Golden Gate. Ces jeunes ont été formés et appuyés par un organisme communautaire. Leur but était d'offrir les services d'échange 24 heures par jour, sept jours par semaine. En plus des seringues, le PES secondaire distribuait des « cookers » (contenants pour chauffer la drogue), des filtres, des bouteilles d'eau, des tampons d'alcool, des contenants de récupération pour les seringues et du matériel éducatif pour les jeunes UDI conçu par des pairs. Le personnel de l'organisme communautaire effectuait des visites quotidiennes au parc et travaillait étroitement avec les pairs échangeurs. Son rôle était de veiller au maintien des inventaires de matériel, d'aider à la résolution de problèmes potentiels et de rendre des services additionnels, selon les besoins.

L'évaluation a été effectuée auprès de participants âgés de 15 à 25 ans répartis en deux groupes : le groupe d'intervention, recruté au parc Golden Gate, et le groupe de comparaison, recruté dans un autre secteur de San Francisco. Pour être admissibles, les jeunes devaient s'être injecté des drogues durant les 30 derniers jours et avoir été sans abri durant la même période. Le questionnaire couvrait les caractéristiques démographiques (âge, sexe, ethnicité, etc.), la santé, la consommation de drogues, la fréquentation de PES et de PES secondaires ainsi que les comportements sexuels et d'injection à risque pour le VIH. Les participants des deux sites ont été comparés en analyse univariée sur certains comportements à risque liés à l'injection et certains comportements sexuels à risque : partage de seringues, réutilisation de ses propres seringues, activités sexuelles, nombre de partenaires sexuels, relations sexuelles avec un partenaire UDI et fréquence d'utilisation du condom. Pour chaque variable montrant une différence entre les deux groupes, l'effet indépendant de l'intervention était évalué à l'aide de la régression logistique multivariée, en contrôlant pour les variables confondantes potentielles comme l'âge et le sexe.

Entre juillet et septembre 1997, 122 jeunes ont participé à l'évaluation, soit 67 au site d'interven-

tion et 55 au site de comparaison. Les participants s'injectaient des drogues en moyenne depuis 4,6 années. La régression logistique multivariée a démontré que le site d'intervention avait un effet protecteur pour trois variables, soit le partage de seringues, la réutilisation de ses propres seringues et l'utilisation non constante du condom avec un partenaire occasionnel. Le site d'intervention n'avait toutefois pas d'effet sur l'utilisation d'un filtre usagé.

### ***The Harm Reduction Central intervention for Youth in Los Angeles (Weiker et al., 1999)***

Le *Harm Reduction Central*, un local situé dans le secteur de Hollywood à Los Angeles, offre des services aux jeunes qui sont des UDI, des partenaires sexuels d'UDI ou des consommateurs de drogues à risques élevés. Durant la période d'évaluation, les services offerts au local étaient l'échange et la distribution de seringues, la distribution de trousses d'injection sécuritaire, la distribution de matériel d'information sur la réduction des méfaits préparé par et pour des UDI, des programmes d'art créatif, du counselling sur la consommation de substances, et enfin, du suivi de cas où un pair aidant liait les clients avec les différents services. Les services du HRC étaient offerts dans une perspective de réduction des méfaits. L'objectif premier du HRC était d'amener les jeunes UDI actifs à s'impliquer dans un programme à plusieurs niveaux pouvant les aider à améliorer leur estime de soi, à prendre du contrôle sur leur vie, à sortir de la rue et à diminuer les conséquences négatives de leur consommation de drogues.

L'intervention a été évaluée conjointement par l'organisme communautaire l'ayant implanté (le Clean Needle Now) et une organisation de recherche (Division of Adolescent Medicine of Children's Hospital Los Angeles). L'évaluation a été effectuée à l'aide de plusieurs méthodes : observation et documentation des activités du programme, collecte de données sur l'utilisation des services, groupes de discussion, entrevues ethnographiques individuelles et entrevues quantitatives structurées.

L'article de littérature que nous avons trouvé portait principalement sur le processus de l'évaluation conjointe de l'intervention. Il présentait toutefois quelques résultats de cette évaluation. Ainsi, l'analyse des profils d'utilisation des services et les entrevues ethnographiques ont montré que, bien que tous les services offerts par le centre aient été importants pour les jeunes, l'intervention centrale était l'échange de seringues. Cette intervention répondait à leurs besoins immédiats. Cependant, même si les jeunes venaient au départ spécifiquement pour l'échange de seringues, ils s'engageaient peu à peu dans les autres services offerts. Le centre était considéré par les jeunes comme un endroit sûr, où ils pouvaient venir chercher des services en lien avec leur consommation de drogues sans se sentir jugés. Par ailleurs, lors des entrevues qualitatives, les jeunes ont indiqué que les pairs aidants jouaient un rôle essentiel dans leurs liens avec le programme.

## CONCLUSION

Les jeunes UDI présentent de nombreux comportements à risque d'infection par le VIH et le VHC, tant des comportements d'injection que des comportements sexuels. Par ailleurs, ils ont des besoins particuliers liés à leur stade de développement cognitif et psychologique ainsi qu'aux contraintes légales auxquelles ils font face. Les interventions en prévention du VIH et du VHC qui s'adressent aux jeunes UDI devraient cibler à la fois leurs comportements d'injection et leurs comportements sexuels, et elles devraient prendre en considération leurs caractéristiques. Or, nous n'avons réussi à trouver que quelques interventions ciblant spécifiquement les jeunes UDI et dont l'efficacité ait été démontrée. Ces interventions visaient principalement l'éducation, le dépistage pour le VIH ou le VHC et la distribution de matériel visant la réduction de méfaits (condoms, eau de javel, seringues). Elles ont démontré une certaine efficacité quant à la réduction des risques, mais principalement en lien avec les comportements d'injection.

Dans les interventions que nous avons révisées, la composante clé était l'« outreach » offert

par des intervenants ainsi que par des pairs. L'implication des pairs semble représenter un bon moyen de rejoindre ces jeunes et de leur offrir des services, mais il faudrait concevoir des mécanismes importants de support à leur intention. L'outreach apparaît également comme une bonne façon d'établir un lien entre les jeunes et les autres services sociaux et de santé. La distribution de seringues et des autres matériels d'injection est un élément important d'un programme visant la réduction des pratiques d'injection à risque. Toutefois, les taux élevés de comportements à risque relevés dans les groupes où une intervention était implantée montrent que des programmes plus complets doivent être instaurés.

Les études d'évaluation révisées comportaient un certain nombre de limites dont il faut tenir compte avant de tirer des conclusions. Tout d'abord, la plupart des recherches étaient transversales, limitant ainsi la possibilité d'explorer la relation temporelle entre l'intervention et les comportements à risque. De plus, peu d'études ont été menées avec des techniques d'échantillonnage aléatoire pour recruter les participants, et les résultats obtenus ne sont peut-être pas généralisables à d'autres jeunes UDI. De plus, les jeunes n'étaient pas distribués de façon aléatoire entre les groupes d'intervention et de contrôle et même, dans certains cas, les groupes étaient sujets à de la contamination croisée. Les données étaient généralement auto-rapportées, ce qui peut entraîner un biais de désirabilité sociale et des erreurs de mémoire. Finalement, les temps de suivi étaient très courts.

Par ailleurs, bien que nous ayons visé la plus large couverture possible, notre propre stratégie de recherche présente aussi ses limites. Elle se trouve, en effet, biaisée en faveur des pays développés et qui possèdent plus de moyens. Dans ces pays, les données sont plus largement publiées, donc plus faciles à obtenir. Elle est aussi biaisée en faveur des pays où l'épidémie de VIH est plus ancienne. En effet, ces pays ont eu plus de temps pour implanter et évaluer des interventions. Finalement, nous n'avons pas été en mesure de contacter des informateurs-clés pour certaines régions du monde, notamment pour la ma-

majorité des pays d'Asie et d'Europe de l'Est. Pour ces régions, seule la littérature révisée par les pairs a pu être considérée.

Dans cet article, nous nous sommes concentrés sur l'infection par le VIH et l'hépatite C. Cependant, tel que mentionné dans l'introduction, l'injection entraîne de nombreuses autres conséquences sanitaires et sociales. Les interventions visant les jeunes UDI, en plus de viser la réduction de l'infection par le VIH et le VHC, doivent également tenter de cibler les autres conséquences médicales liées à l'injection. Par exemple, tout projet d'intervention auprès de ces jeunes doit intégrer des services de dépistage des MTS et de vaccination contre l'hépatite B. Au

delà de ces actions préventives de nature médicale, les interventions auprès de ces jeunes doivent intégrer des services plus globaux afin de favoriser la réintégration de ces jeunes et, éventuellement, leur sortie de la rue.

En conclusion, il apparaît urgent de développer des interventions qui répondent spécifiquement aux besoins des jeunes UDI. De plus, il est primordial que de telles interventions soient évaluées rigoureusement afin d'en démontrer l'efficacité. Finalement, seule la diffusion des résultats de ces évaluations peut permettre à d'autres groupes de mettre à profit ces connaissances et ainsi élargir la gamme des interventions disponibles pour les jeunes UDI.

## Références

- Ball, A.L. (2000). Adolescents, Substance Use, and HIV/AIDS: Implications for International Research. *Third Annual Meeting Report, 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations*, Durban, South Africa (pp. 69-71). NIDA.
- Battjes, R.J., Leukefeld, C.G., & Pickens, R.W. (1992). Age at first injection and HIV Risk among intravenous drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 18(3) : 263-273.
- Bukstein, O.G. (1995). Development, Risk, and Consequences. In I.B.Weiner (Ed.), *Adolescent Substance Abuse: assessment, prevention, and treatment* (pp. 53-72). Tampa, Florida: John Wiley & Sons, Inc.
- Burke, K.C., Burke, J.D., Jr., Regier, D.A., & Rae, D.S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47(6) : 511-518.
- Cassin, S., Geoghegan, T., & Cox, G. (1998). Young injectors: a comparative analysis of risk behaviour. *Ir J Med Sci*, 167(4) : 234-237.
- CDC. (1995) *Global AIDS Program Technical Strategies - Behavior Change Communications*.
- CDC (2001). The Global HIV and AIDS Epidemic, 2001. *MMWR*, 50(21) : 434-439.
- Cohen, E., Mackenzie, R.G., & Yates, G.L. (1991). HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*, 12(7) : 539-544.
- Cohen, M.S. (1998). Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet*, 351 Suppl 3, 5-7.
- Cohn, J.A. (2002). HIV-1 infection in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am*, 16(3) : 745-770.
- Des Jarlais, D.C., Hagan, H., & Frieman, S. (1999). *HIV among injecting drug users: epidemiology and emerging public health perspectives*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Doherty, M.C., Garfein, R.S., Monterroso, E., Brown, D., & Vlahov, D. (2000). Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users. *AIDS*, 14(6) : 717-726.
- Erickson, E.H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York.
- Fennema, J.S.A., Van Ameijden, E.J.C., Van den Hoek, A., & Coutinho, R.A. (1997). Young and recent-onset injecting drug users are at higher risk for HIV. *Addiction*, 92(11) : 1457-1465.
- Futterman, D., Chabon, B., & Hoffman, N.D. (2000). HIV and AIDS in adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 47(1) : 171-188.
- Garfein, R.S., Vlahov, D., Galai, N., Doherty, M.C., & Nelson, K.E. (1996). Viral Infections in Short-Term Injection Drug Users: The Prevalence of the Hepatitis C, Hepatitis B, Human Immunodeficiency, and Human T-Lymphotropic Viruses. *Am J Public Health*, 86(5) : 655-661.
- Gleghorn, A.A., Clements, K.D., Marx, R., Vittinghoff, E., Lee-Chu, P., & Katz, M. (1997). The impact of intensive outreach on HIV prevention activities of homeless, runaway, and street youth in San Francisco: The AIDS Evaluation of Street Outreach Project (AESOP). *AIDS and Behavior*, 1(4) : 261-271.
- Hahn, J.A., Page-Shafer, K., Lum, P.J., Ochoa, K., & Moss, A.R. (2001). Hepatitis C Virus Infection and Needle Exchange Use Among Young Injection Drug Users in San Francisco. *Hepatology*, 34(1) : 180-187.
- Health Canada (1999). Hepatitis C--prevention and control: a public health consensus. Ottawa, Canada, October 14-16, 1998. *Can Commun Dis Rep*, 25 Suppl 2, i-25.
- Hien, N.T. (2001). HIV Prevalence Trends and Risk Behaviors Among Injection Drug Users (IDUs) in Vietnam. *Third Annual Meeting Report, 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations*, Durban, South Africa (pp. 56-63). NIDA.

- Hunter, G.M., Stimson, G.V., Judd, A., Jones, S., & Hickman, M. (2000). Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England. *Addiction*, 95(9) : 1351-1361.
- Kim, N., Stanton, B., Li, X., Dickersin, K., & Galbraith, J. (1997). Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *J Adolesc Health*, 20(3) : 204-215.
- Kipke, M.D., Unger, J.B., Palmer, R.F., & Edgington, R. (1996). Drug use, needle sharing and HIV risk among injection drug-using street youth. *Subst Use Misuse*, 31(9) : 1167-1187.
- Kohlberg, L. (1969). *Stages in the development of moral thought and action*. New York.
- Kral, A.H., Lorvick, J., & Edlin, B.R. (2000). Sex- and Drug-Related Risk Among Populations of Younger and Older Injection Drug Users in Adjacent Neighborhoods in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 2000(24) : 162-167.
- Lamothe, F., Vincelette, J., & Bruneau, J. (1997). Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc cohort. *Can J Infect Dis*, 8(Suppl A) : 28A.
- Louie, R., Rosenthal, D., & Crofts, N. (1996). Injecting and sexual risk-taking among young injecting drug users. *Venereology*, 9(2) : 114-118.
- Loxley, W., Marsh, A., & Lo, S.K. (1991). Age and injecting drug use in Perth, Western Australia: the Australian national AIDS and injecting drug use study. *AIDS Care*, 3(4) : 363-372.
- Maher, L., Sargent, P., Higgs, P., Crofts, N., Le, T., Kelsall, J., & Kerger, M. (2000). *Sharing Knowledge To Protect Our Community: A Pilot Program for Research, Risk Reduction and Peer Education with Indo-Chinese Drug Users*. Sydney: Centre for International and Multicultural Health, University of New South Wales.
- Miller, C.L., Johnston, C., Spittal, P.M., Li, K., Laliberte, N., Montaner, J.S., & Schechter, M.T. (2002). Opportunities for prevention: hepatitis C prevalence and incidence in a cohort of young injection drug users. *Hepatology*, 36(3) : 737-742.
- Montgomery, S. B., Hyde, J., De Rosa, C. J., Rohrbach, L. A., Ennett, S., Harvey, S. M., Clatts, M., Iverson, E., and Kipke, M. D. (2002) Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *Am J Drug Alcohol Abuse* 28(3) : 453-475.
- Mullen, L. & Barry, J. (2001). An analysis of 15-19-year-old first attenders at the Dublin Needle Exchange, 1990-97. *Addiction* (96) : 251-258.
- Needle, R.H., Ball, A., Des Jarlais, D.C., Whitmore, C., & Lambert, E. (2001). The Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations (GRN) 1998-2000: Trends in the Epidemiology, Ethnography, and Prevention of HIV/AIDS in injection Drug Users. *Third Annual Meeting Report, 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations*, Durban, South Africa (pp. 9-17). NIDA.
- Padian, N.S., Shiboski, S.C., & Jewell, N.P. (1991). Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA*, 266(12) : 1664-1667.
- Paone, D., Caloir, S., Shi, Q., & Des, J. (1995). Sex, drugs, and syringe exchange in New York City: women's experiences. *J Am Med Womens Assoc*, 50(3-4) : 109-114.
- Patrick, D.M., Tyndall, M.W., Cornelisse, P.G.A., Li, K., Sherlock, C.H., Rekart, M.L., Strathdee, S.A., Currie, S.L., Schechter, M.T., & O'Shaughnessy, M.V. (2001). Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ*, 165(7) : 889-895.
- Peters, A., Davies, T., & Richardson, A. (1998). Multi-site samples of injecting drug users in Edinburgh: prevalence and correlates of risky injecting practices. *Addiction*, 93(2) : 253-267.
- Piaget, J. (1972). *Intellectual evaluation from adolescence to adulthood*. Human Development.
- Rew, L., Chambers, K.B., & Kulkarni, S. (2002). Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents. *Nurs Res*, 51(3) : 168-174.

- Rogstad, K.E., Ahmed-Jushuf, I.H., & Robinson, A.J. (2002). Standards for comprehensive sexual health services for young people under 25 years. *Int J STD AIDS, 13*(6) : 420-424.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Boivin, J.F., Cedras, L., & Vincelette, J. (2001a). Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths. *CMAJ, 165*(5) : 557-560.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Cedras, L., & Boivin, J.F. (2002). Drug injection among street youth: the first time. *Addiction, 97*(8) : 1003-1009.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J.F., Frappier, J.Y., & Claessens, C. (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *Int J STD AIDS, 11*(4) : 241-247.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Cédra, L., & Boivin, J.F. (2001b). Hepatitis C among Montreal street youth cohort participants who injected drugs (MSYC-IDUs). *Can J Infect Dis, 12*(Suppl B) : 60B.
- Schilling, R.F. (1991). Correlates of drug use, sexual behavior, and attitudes toward safer sex among African American and Hispanic women in methadone maintenance. *Journal of Drug Issues, 21*, 685-698.
- Sears, C., Guldish, J.R., Weltzien, E.K., & Lum, P.J. (2001). Investigation of a secondary syringe exchange program for homeless young adult injection drug users in San Francisco, California, U.S.A. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 27*(2) : 193-201.
- Sheaves, F., Preston, P., O'Neil, E., Klein, G., & Hort, K. (2001). That's SIC: Mobilising Youth for Hepatitis C Prevention. *Health Promotion Journal of Australia, 12*(3) : 217-222.
- Smyth, B.P., Barry, J., & Keenan, E. (2001). Syringe borrowing persists in Dublin despite harm reduction interventions. *Addiction, 96*(5) : 717-727.
- Somlai, A. M., Kelly, J. A., Benotsh, E., Gore-Felton, C., Otrovski, D., McAuliffe, T., and Kozlov, A. P. (2002). Characteristics and predictors of HIV risk behaviors among injection-drug-using. *AIDS Educ Prev 14*(4) : 295-305.
- Thomas, A., Forster, G., Robinson, A., & Rogstad, K. (2002). National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Sex Transm Infect, 78*(5) : 324-331.
- Thorpe, L.E., Bailey, S.L., Huo, D., Monterroso, E.R., & Ouellet, L.J. (2001). Injection-related risk behaviors in young urban and suburban injection drug users in Chicago (1997-1999). *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 27*(1) : 71-78.
- UNAIDS (2000). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. UNAIDS. Geneva, Switzerland.
- UNAIDS (2001). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva, Switzerland, UNAIDS.
- UNAIDS (2002). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Geneva, Switzerland, UNAIDS.
- Walters, A.S. (1999). HIV Prevention in Street Youth. *J Adolesc Health, 25*(3) : 187-198.
- Weiker, R.L., Edgington, R., & Kipke, M.D. (1999). A Collaborative Evaluation of a Needle Exchange Program for Youth. *Health Education & Behavior, 26*(2) : 213-224.
- WHO (1997). Hepatitis C. *Weekly Epidemiologic Record, 72*, 65-72.
- Yates, G.L., MacKenzie, R., Pennbridge, J., & Cohen, E. (1988). A risk profile comparison of runaway and non-runaway youth. *Am. J Public Health, 78*(7) : 820-821.

## Évaluation d'implantation dans un contexte participatif :

### Le processus suivi à Relais-Méthadone

Pour l'équipe de recherche :

**Michel Perreault**

Ph. D, Psychologue-chercheur, Centre de recherche de l'hôpital Douglas ;  
Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

**Isabelle Tremblay**

B.A., Coordinatrice de recherche, Centre de recherche de l'hôpital Douglas

**Céline Mercier**

Ph. D. Directrice, Technologie de l'information et de la recherche,  
Centre de réadaptation Lisette-Dupras et Centre de réadaptation de l'ouest de Montréal  
Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive,  
Université de Montréal

Pour l'équipe d'intervenants et de responsables du programme :

**David Barbeau**

M.D., Chef du conseil des médecins du CLSC des Faubourgs,  
médecin affilié au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)

**Radegonde Ndejuru**

Infirmière, coordinatrice de Relais-Méthadone

**Pierre Lauzon**

M.D., Médecin affilié au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)  
et au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

## Résumé

Relais-Méthadone est un programme d'intervention qui s'inscrit dans un contexte de réduction des méfaits. Comme ce programme comporte le recours à des pratiques innovatrices à Montréal, on a jugé nécessaire d'évaluer son implantation. La collaboration entre les chercheurs, les promoteurs du projet, les responsables administratifs et les intervenants est décrite ici pour ce qui a trait à cette évaluation. On estime que l'évaluation d'implantation s'est avérée profitable pour chacune des parties. Ce succès serait attribuable aux facteurs suivants : l'intérêt pour les promoteurs d'associer la recherche au programme ; le contexte de projet pilote, qui impliquait la production de données probantes pour justifier la poursuite de ce type de programme ; le consensus entre les partenaires, y compris les bailleurs de fonds, pour procéder à une étude systématique de l'implantation du programme ; la disponibilité de financement pour l'évaluation, qui a permis aux chercheurs de s'associer dès le départ à la mise sur pied du programme ; le choix d'une démarche participative appliquée à toutes les étapes du processus, qui a favorisé l'appropriation de l'évaluation et des résultats par le milieu.

**Assessment of an Implementation  
In a Participative Context:  
The Procedure Followed  
at Relais-Methadone**

**Evaluación de una implantación  
en un contexto participativo :  
el proceso seguido  
en Relais-Méthadone**

**Abstract**

*Relais-Methadone is an intervention program within the context of a harm reduction approach. Since this program calls for innovative practices in Montreal, it was judged necessary to evaluate its implementation. This article describes the collaboration pertaining to this evaluation between the researchers, the promoters of the project, the administrative coordinators and the caregivers. Implementation evaluation of this program is considered profitable for each of the parties and its success is attributed to the following factors: the promoters interest in associating research to the program; the context of a pilot project that produces an index case useful in justifying the continuation of such programs; the consensus between partners, including the financial backer, to proceed to a systematic study of the program's implementation; the availability of funds for evaluation, that permitted researchers to be associated at the very beginning of the program; the choice of a participative approach, applied to every step of the process, that helped the milieu to master both the evaluation and its results.*

**Resumen**

*Relais-méthadone es un programa de intervención que se inscribe en un contexto de reducción de perjuicios. Cómo implica que se tiene que recurrir a prácticas innovadoras en Montreal, el programa fue objeto de una evaluación de su implantación. En esta evaluación se describe la colaboración entre los investigadores, los promotores del proyecto, los responsables administrativos y los trabajadores sociales. Considerada en su conjunto como provechosa para las dos partes, los factores siguientes fueron identificados para explicar su éxito : el interés de los promotores de asociar la investigación al programa, el contexto de proyecto piloto, que implicaba la producción de datos probantes para justificar la continuación de éste tipo de programa, el consenso entre los agentes sociales, incluyendo a los proveedores de fondos, para proceder a un estudio sistemático de la implantación del programa, la disponibilidad de financiación para la evaluación, que permitió a los investigadores desde el principio de la puesta en pie del programa, de asociar la elección de un enfoque de participación aplicado a todas las etapas del proceso de evaluación, que favoreció la apropiación del enfoque y de los resultados por todos los medios implicados.*

*L'évaluation de l'implantation de Relais-Méthadone a été réalisée en partie grâce à l'aide financière de Santé Canada. Les auteurs tiennent à remercier tous les intervenants de Relais-Méthadone et les chercheurs qui ont collaboré au projet, sans qui la mise en œuvre d'une véritable approche participative n'aurait pu être accomplie. Ils adressent aussi des remerciements particuliers aux clients de Relais-Méthadone qui ont participé au processus d'évaluation, à M. Michel Rousseau, qui a assuré la coordination du projet de recherche, ainsi qu'à Mme Monique Bordeleau qui était responsable de la réalisation des groupes de discussion auprès de la clientèle*

## Introduction

Relais-Méthadone est un programme de maintien à la méthadone à exigences peu élevées de la région de Montréal. Il est destiné aux personnes dépendantes des opiacés et qui vivent dans des conditions précaires. Ce programme, le premier de ce type à être implanté au Canada, a débuté en novembre 1999. Dans le cadre de ce programme, la clientèle peut recevoir des services médicaux et psychosociaux relatifs à la prescription de méthadone, à la prévention de maladies infectieuses ainsi qu'à l'amélioration de ses conditions de vie. L'objectif est de rejoindre une clientèle marginalisée, pour laquelle les programmes réguliers de traitement à la méthadone sont difficilement accessibles. Il s'agit d'un programme axé sur le principe de réduction des méfaits et qui ne vise pas l'abstinence de consommation de la part de sa clientèle. Le but est plutôt d'améliorer l'état de santé des utilisateurs de drogue injectable dépendants de l'héroïne, tout en diminuant les comportements à risque pour la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses (Ndejuru, 2000).

Relais-Méthadone a été lancé en tant que projet pilote. Le budget n'était prévu que pour trois années et ses promoteurs, ainsi que ses bailleurs de fonds, ont souhaité que son implantation soit évaluée dès la première année. Il s'agissait de démontrer la pertinence de renouveler son financement et, éventuellement, d'implanter des programmes de ce type dans d'autres milieux au Canada. Comme c'était le premier programme à exigences peu élevées au

pays, il était primordial d'en évaluer l'implantation. En comparaison aux programmes réguliers, les programmes de ce type présentent une grande variabilité sur le plan de leur fonctionnement. De plus, le principe de réduction des méfaits, à l'origine des programmes tel Relais-Méthadone, demeure encore très controversé dans la littérature scientifique et dans la population en général. C'est dans ce contexte qu'une telle démarche évaluative se devait d'être entreprise. Des fonds de recherche furent associés au projet dès le départ, et ce, conjointement au budget de fonctionnement.

Le présent article décrit le contexte dans lequel s'est déroulée l'évaluation d'implantation de Relais-Méthadone, la nature du partenariat qui s'est établi entre l'équipe de recherche et l'équipe d'intervenants, de même que l'impact du processus d'évaluation. L'article ne vise pas spécifiquement à présenter les résultats de l'étude d'implantation ; il est plutôt axé sur le processus mis en œuvre à Relais-Méthadone. Toutefois, bien que ce ne soit pas là l'objectif principal de l'article, certains résultats de l'étude y sont rapportés. Pour plus de détails quant à ces résultats, le lecteur est prié de se référer aux documents cités en référence à la fin de cet article.

## Le contexte particulier des programmes de méthadone

Au moment où le projet pilote a démarré, il n'existait aucun programme de méthadone à bas seuil d'accès dans la région de Montréal. De plus,

la disponibilité de traitements de substitution à la méthadone était très limitée. En conséquence, peu de services étaient offerts à la clientèle la plus désorganisée, c'est-à-dire celle pour qui l'accès aux programmes réguliers se révélait particulièrement difficile en raison de leurs exigences, dont les suivantes : nécessité d'effectuer des appels à des heures précises pour obtenir un premier rendez-vous, respect de l'heure des rendez-vous, rigidité quant à la réadmission après une interruption du traitement ; délai important entre la demande de service et l'accès à la prescription de méthadone. La mise sur pied d'un programme à exigences peu élevées comme Relais-Méthadone était donc souhaitée par plusieurs intervenants du milieu de la toxicomanie en raison des besoins spécifiques de la clientèle marginalisée.

## **L'actualisation du partenariat entre intervenants et chercheurs**

### **Le choix d'une étude d'implantation**

Dès le départ, les promoteurs du projet avaient la ferme volonté d'intégrer un volet de recherche au développement du programme. Cependant, travaillant dans le milieu communautaire, ils ne bénéficiaient d'aucune infrastructure de recherche pour appuyer leurs activités d'évaluation. De même, le mode de fonctionnement particulier de ce milieu, où les ressources sont limitées et orientées essentiellement vers l'offre de services, rend difficile l'intégration de la recherche dans la pratique. C'est dans ce contexte que deux des médecins rattachés au CRAN (dont DB) ont convaincu un chercheur du Centre de recherche de l'hôpital Douglas (MP) de s'associer au projet et de monter une petite équipe pour soutenir les travaux menés par les initiateurs de Relais-Méthadone.

Les médecins « promoteurs » du projet (dont PL), qui avaient soumis et soutenu les propositions de financement pour ce programme, avaient déjà manifesté leur objectif initial de mesurer l'efficacité de ce projet innovateur en vue d'appuyer son financement à long terme. Toutefois, du point de

vue des chercheurs sollicités (MP et CM), une étude d'implantation était plus à même de répondre alors aux besoins des intervenants et des responsables du programme. Fondamentalement, l'évaluation d'implantation permet de préciser le fonctionnement d'un programme et le processus qui entoure sa mise en œuvre. Étant donné qu'elle contribue à expliquer comment les effets sont produits, cette évaluation est indispensable pour interpréter adéquatement les résultats d'une étude d'impact qui, elle, s'intéresse spécifiquement aux effets du programme (Patton, 1988).

Effectivement, pour qu'un programme entraîne les résultats voulus, on s'attend à ce que les activités prévues soient effectuées tout en étant réellement orientées vers les objectifs. De même, la clientèle visée doit être rejointe et bénéficier des services offerts avec suffisamment d'intensité pour que des changements se produisent (Perreault, Lauzon, Mercier, Rousseau & Gagnon, 2001). L'évaluation d'implantation permet justement de documenter ces aspects du programme (Mercier & Perreault, 2001).

Après de nombreuses discussions, les promoteurs du projet, les intervenants, les chercheurs et même les bailleurs de fonds ont décidé de soutenir une évaluation d'implantation (plutôt que d'impact). Ce consensus fut déterminant. La démarche choisie permettait, d'une part, de mettre à contribution l'expertise des intervenants et des responsables du projet pour préciser le contenu et les modalités d'évaluation. D'autre part, dans un contexte d'évaluation formative, elle favorisait un transfert rapide de l'information générée par la recherche vers les responsables du programme, les intervenants et les bailleurs de fonds au début du projet, c'est-à-dire au moment où tous souhaitent ajuster leur façon de faire, que ce soit du côté des intervenants ou de celui des chercheurs (Desrosiers et al., 1998).

D'ailleurs, par définition, l'évaluation formative fait référence à une approche participative qui implique un partenariat entre les chercheurs et les principaux acteurs du programme, à toutes les étapes de la recherche (Cousin & Earl, 1992). Ainsi, elle favorise un partage équitable du pouvoir et la

participation de toutes les personnes concernées par le programme à la prise de décision (Quintanilla & Packard, 2002). C'est en grande partie en raison de sa capacité à induire des modifications dans les pratiques et les politiques sociales que l'approche participative est valorisée en évaluation de programme. En effet, il est reconnu qu'elle favorise le transfert des connaissances pour la pratique, qu'elle encourage l'appropriation des résultats de la recherche par le milieu, et enfin, qu'elle engendre une meilleure concordance entre les résultats de l'évaluation et la prise de décision (Garaway, 1995).

### **L'arrimage entre l'intervention et la recherche**

Le financement octroyé à Relais-Méthadone prévoyait des coûts pour la recherche, ce qui a favorisé la participation de l'équipe de recherche dès les premières phases du projet, c'est-à-dire avant le début des activités cliniques. C'est là une situation particulièrement facilitante pour que la recherche puisse accompagner le programme à chacune des étapes de son développement. En effet, il arrive souvent que les chercheurs soient appelés à évaluer un programme déjà en place. Il peut être assez long et compliqué d'obtenir les ressources nécessaires si les fonds de recherche ne peuvent être libérés à partir des budgets de fonctionnement du programme. Si l'on ajoute le temps nécessaire pour implanter les procédures d'évaluation, le synchronisme entre les demandes du milieu et les réponses des chercheurs est alors fortement compromis. À Relais-Méthadone, les chercheurs ont pu commencer leurs démarches conjointement avec les responsables du projet, au moment où le programme était en développement.

L'un des moyens choisis pour faciliter les liens a été la mise sur pied d'un comité aviseur de recherche regroupant des représentants des intervenants, des promoteurs du projet, des gestionnaires du programme et des chercheurs. Une des premières tâches de ce comité a été de clarifier les attentes des promoteurs, des intervenants et des chercheurs. Les rôles de chacun se sont précisés, et chacun a pu contribuer à la clarification et à l'opérationnalisation du

mandat de Relais-Méthadone, à la « négociation » des variables à évaluer et à l'élaboration des outils d'évaluation, de façon qu'ils répondent aux différents besoins des parties, aux modalités reliées à l'évaluation et au traitement, à l'interprétation des résultats et à la planification de leur diffusion.

### **Les objectifs du programme**

Une des étapes préliminaires à la collecte d'information a été l'opérationnalisation des objectifs du programme. Même si les buts généraux semblaient bien définis, il fallait explorer chacun des objectifs spécifiques plus en profondeur pour déterminer comment leur atteinte serait mesurée. Les intervenants, ayant une connaissance concrète des besoins de la clientèle, ont joué un rôle fondamental à cette étape de l'évaluation. Cette partie de la recherche, réalisée au cours des semaines précédant la venue des premiers clients, s'est révélée des plus utiles pour l'ensemble de l'équipe et a pu être appréciée lorsque les résultats ont été colligés.

À l'issue des premières rencontres du comité de recherche, les objectifs du programme et les critères d'admission ont ainsi été précisés et opérationnalisés. Par le fait même, les principales variables servant à évaluer l'implantation du programme ont été mises en relief. Ainsi, Relais-Méthadone est destiné à rejoindre, par un cadre peu exigeant, une clientèle marginalisée dépendante des opiacés. Un des principaux objectifs de l'évaluation consistait donc à vérifier jusqu'à quel point le programme permettait de rejoindre cette clientèle et de la maintenir en traitement. Pour ce faire, il fallait définir précisément les attributs de la clientèle visée, notamment en ce qui a trait à la précarité de ses conditions de vie et à la présence de comportements à risque pour la propagation du VIH et d'autres infections. Le programme de Relais-Méthadone s'adresse en effet à une clientèle qui utilise peu les services de santé habituels. Finalement, les critères d'admission (être âgé de 14 ans et plus et être dépendant des opiacés depuis plus d'un an, par exemple) ont également été définis et retenus pour procéder à l'évaluation du programme (Perreault et al., sous presse).

Il convient de noter qu'au début, il a été particulièrement difficile de convaincre les intervenants de la pertinence d'associer le processus de collecte de données à leurs interventions. Le recours à des outils de mesure semblait perçu comme une entrave à leur travail, en raison du temps requis pour remplir des questionnaires et du fait que ces outils « structuraient » leurs interventions. Sous certains plans, cette démarche était perçue comme une forme d'ingérence dans leur domaine d'expertise. Le développement des outils de mesure en fonction de leurs propres critères et l'expérimentation de ces outils pour évaluer l'atteinte de leurs propres objectifs d'intervention et, plus globalement, l'atteinte des objectifs du programme, ont finalement dissipé la plupart des appréhensions de départ.

### **Les instruments de mesure**

Le choix de mesures visant à soutenir l'intervention tout en permettant la réalisation de l'étude d'implantation n'était pas si simple. Tant les chercheurs que les intervenants ont déployé des efforts pour arriver à répondre aux besoins de chacun. Certains compromis ont été nécessaires de part et d'autre. En effet, pour l'équipe de recherche, l'utilisation d'outils présentant des caractéristiques métriques reconnues et ayant un usage répandu était de la plus grande importance pour assurer la validité des résultats. Par exemple, pour évaluer la consommation de substances psychoactives chez les clients de Relais-Méthadone, un choix logique était l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT), sûrement l'instrument le plus utilisé à cette fin dans les centres de toxicomanie au Québec (Landry, Bergeron & Brochu, 1998 ; McLellan et al., 1992). Toutefois, l'équipe d'intervenants, ayant l'expérience de la clientèle du programme à bas seuil d'accès et connaissant la réalité du milieu, s'est opposée au choix de cet outil dans sa version intégrale en raison du fardeau cognitif qu'il représentait pour la clientèle visée ainsi que du temps et des ressources nécessaires pour répondre au questionnaire. C'est ainsi qu'un outil abrégé et simplifié fut conçu à partir du modèle de l'IGT pour estimer la consommation de substances

psychoactives de la clientèle. D'autres outils, inspirés de ceux employés dans d'autres études, ont aussi dû être adaptés pour satisfaire aux demandes des intervenants (Bruneau et al., 1997).

C'est dans ce contexte de collaboration que l'équipe élaborera des instruments portant sur chacune des trois étapes de l'intervention : le questionnaire de pré-évaluation, le questionnaire d'évaluation initiale et le questionnaire de suivi. Les intervenants, en plus d'avoir contribué à la conception de ces outils, ont participé à leur développement et à leur validation. Le questionnaire de pré-évaluation comporte des questions ouvertes et à choix multiples. Ces questions visent à déterminer si le client répond aux critères d'admissibilité du programme et concernent les habitudes de consommation, les conditions de vie ainsi que la situation judiciaire. Le questionnaire d'évaluation initiale est également constitué de questions ouvertes et à choix multiples ; il vise à documenter le degré de dépendance aux opiacés, les comportements à risque associés à la consommation de même que le niveau de précarité des conditions de vie. Quant au questionnaire de suivi, il reprend les éléments du questionnaire d'évaluation. Il permet de documenter les progrès en traitement et de vérifier si les objectifs personnels du client sont atteints.

Sur le plan de l'intervention, ces instruments de mesure sont très pertinents pour cerner les besoins de la clientèle. En effet, le questionnaire de pré-évaluation, utilisé lors du triage, permet aux intervenants de Relais-Méthadone de vérifier l'admissibilité des clients et de les référer, au besoin, à d'autres ressources mieux adaptées à leur situation de vie. Le questionnaire d'évaluation initiale, quant à lui, aide les intervenants à comprendre la situation du client en vue de lui offrir les services requis par sa condition. Enfin, le questionnaire de suivi permet d'apprécier l'évolution et le cheminement des clients en cours de traitement. Pour ce qui est de la recherche, les données recueillies à l'aide des trois questionnaires ont permis de documenter différents aspects relatifs à l'étude d'implantation au terme de la première année d'activité de Relais-Méthadone. Tout d'abord, les questionnaires ont permis d'évaluer

la capacité du programme à rejoindre la clientèle ciblée et de déterminer les caractéristiques de la clientèle admise. De plus, une base de données de fonctionnement développée par les médecins de Relais-Méthadone a permis de décrire l'utilisation des différents services du programme et la durée des épisodes de traitement de chacun des clients admis. L'accessibilité en terme de délais de prise en charge et la capacité de rétention de la clientèle en début de traitement ont aussi pu être déterminées.

### La collecte des données

Ce sont les intervenants de Relais-Méthadone qui assurent la collecte des données depuis le tout début des activités du programme. Cette tâche a été intégrée dans leur pratique et leur a permis de voir les avantages de même que les limites et correctifs à apporter aux outils (renseignements qu'ils transmettent avec vigilance aux chercheurs). En plus d'améliorer la validité de contenu des outils de mesure, cette façon de faire a permis de rejoindre l'ensemble de la clientèle. Ceci aurait été passablement plus difficile sans la collaboration des intervenants, car la clientèle ne se serait pas nécessairement déplacée uniquement pour une entrevue de « recherche ». Ces gains représentent, aux yeux des chercheurs, une valeur supérieure à la perte en fidélité attribuable à l'administration des outils par les intervenants plutôt que par des interviewers entraînés, non associés au traitement et recourant à une procédure standardisée.

Les procédures de collecte d'information suivies par les intervenants concernent le questionnaire de pré-évaluation qui est administré par l'intervenant chargé du triage lors d'un premier contact téléphonique. On utilise aussi le questionnaire d'évaluation initiale, qui est rempli en entrevue individuelle, au moment de l'admission au programme. Le questionnaire de suivi, quant à lui, est administré au client à tous les six mois par son intervenant principal.

Un autre type de collecte d'informations impliquant la collaboration entre chercheurs et intervenants a également été entrepris dans le cadre de

l'évaluation d'implantation du programme. En effet, le comité aviseur de recherche a proposé la réalisation de groupes de discussion (*focus groups*) qui se sont concrétisés par la tenue de trois entrevues de groupe auprès de la clientèle de Relais-Méthadone au terme de la première année d'opération du programme. Ces entrevues avaient pour objectif de documenter la perspective des clients de Relais-Méthadone sur les services obtenus et sur les points qui, selon eux, pourraient être améliorés. L'organisation de ces groupes de discussion a été possible grâce à la collaboration des intervenants de Relais-Méthadone qui ont participé, avec l'équipe de recherche, à l'élaboration des canevas pour guider les échanges. Ils ont aussi été activement impliqués dans le recrutement des clients participants. L'équipe de recherche s'est chargée de l'animation de ces discussions, de même que des analyses et de la rédaction des rapports. Les intervenants ont été appelés à valider les interprétations des chercheurs pour les résultats présentés.

### Les résultats de l'étude d'implantation

L'analyse des données recueillies par les intervenants à l'issue de la première année de fonctionnement du programme indique que Relais-Méthadone rejoint efficacement la clientèle visée (Perreault, Rousseau, Mercier et al., 2003). En effet, la clientèle se caractérise par une consommation régulière d'héroïne, de nombreux comportements à risque pour la transmission du VIH et des conditions de vie précaires. À cet égard, les 141 clients admis en traitement au cours de cette première année ont utilisé en moyenne 2,1 (écart-type 1,1) lieux différents pour dormir dans les 30 jours précédant l'évaluation. De même, pour ce qui est des revenus, 24 % de la clientèle les retire principalement du travail du sexe. Enfin, en ce qui a trait à la situation judiciaire, 26 % des clients rapportent avoir un mandat d'arrêt émis contre eux, 23 % disent être en instance de jugement, de procès ou de sentence et 17 % affirment être en probation ou en libération conditionnelle. L'accessibilité des services, quant à elle, est considérée satisfaisante, tel qu'en témoigne un temps

moyen d'attente entre la demande de traitement et l'admission de 11,2 jours (écart-type 17,5). Enfin, le taux de rétention de la clientèle en début de traitement s'élève à 88 % pour les 30 premiers jours et à 72 % après six mois, ce qui est comparable aux taux de rétention des autres programmes de ce genre (Finch, Groves, Feinmann & Farmer, 1995 ; Ryrrie, Dickson, Robbins, MacLean & Climpson, 1997). Aussi, une proportion élevée de cette clientèle, soit 25 %, a pu être transférée dans des programmes réguliers de maintien à la méthadone après une année, programmes adaptés aux besoins de la clientèle plus organisée et mieux intégrée socialement. Ce type de transfert témoigne, en soi, de l'amélioration de la capacité d'organisation de ces clients. De plus, les données recueillies permettent d'identifier les caractéristiques des clients enclins à abandonner le traitement. À ce sujet, une consommation importante de cocaïne et une plus grande fréquence d'utilisation de matériel d'injection usagé sont associés à un taux d'abandon plus élevé. Les femmes représenteraient un groupe particulièrement vulnérable à cet égard.

Afin d'interpréter les résultats de l'étude d'implantation, les compétences professionnelles des intervenants ont été mises à profit. En effet, toute l'information générée par le projet de recherche a été communiquée en premier lieu au comité aviseur de recherche ainsi qu'à l'équipe d'intervenants. De cette manière, les résultats de l'étude ont pu être interprétés d'une manière plus riche et nuancée, et les commentaires et propositions de l'équipe ont pu guider les chercheurs vers des analyses secondaires et des démarches complémentaires (profil des personnes qui éprouvent des difficultés d'assiduité au traitement, facteurs qui favorisent le retour en traitement, situation particulière des femmes en traitement). Cette façon de faire a permis de transmettre de nouvelles connaissances aux principaux acteurs du programme et a favorisé l'appropriation des résultats de la recherche par toutes les personnes impliquées.

## La diffusion des connaissances

Au terme de l'étude d'implantation, la diffusion des résultats a été assurée tant par l'équipe d'intervenants que par l'équipe de recherche. Ainsi, après moins de trois années de collaboration, ces équipes ont effectué un total de sept présentations à des congrès ou colloques. De plus, deux chapitres de livre, trois articles scientifiques et deux articles dans des revues professionnelles ont été publiés ou sont acceptés pour publication à ce jour. En outre, la collaboration entre chercheurs et intervenants a enrichi la diffusion des résultats sur plusieurs plans. En premier lieu, elle a permis de rejoindre efficacement un public varié dans différents milieux : médical, communautaire, scientifique, politique. Ensuite, la diffusion des résultats de recherche par des chercheurs et des intervenants témoigne de l'appropriation des résultats par ces deux groupes. Elle rend compte aussi de la capacité de ce type de démarche évaluative à favoriser un rapprochement et une « contamination positive » dans le mode de pensée et d'analyse des chercheurs et intervenants face à la réalité du programme en cause.

## Les bénéfices pour les chercheurs

Sur le plan de la recherche, l'approche utilisée pour évaluer l'implantation de Relais-Méthadone a entraîné plusieurs effets positifs. La participation de tous les acteurs du programme a permis de développer une perspective plus articulée des questions et des résultats de la recherche. D'ailleurs, certains résultats ont pu être expliqués grâce à l'expertise des intervenants et à leur expérience du milieu, spécialement pour ce qui est des effets « non prévus » de l'intervention. Un exemple est le passage de certains usagers d'héroïne sous traitement vers d'autres drogues injectables, plus particulièrement la cocaïne. Un autre exemple est le développement du concept de rétention en traitement, qui a été retenu plutôt que celui plus strict « d'abandon ». En effet, la clientèle de Relais-Méthadone peut interrompre son traitement momentanément et réintégrer le programme

par la suite. Ainsi, l'interruption du traitement ne constitue pas un « abandon » complet. De plus, les intervenants ont attiré l'attention des chercheurs à l'égard de la clientèle féminine, qui se distingue des héroïnomanes de sexe masculin par sa situation et par ses caractéristiques particulières, notamment quant à la pratique du travail du sexe.

En ce qui a trait à la réalisation de la recherche sur le terrain, le partenariat entre chercheurs et intervenants a facilité la mise en place et le développement des outils de collecte de données dans le milieu. Les intervenants se sont d'ailleurs chargés eux-mêmes de compléter les questionnaires avec la clientèle. Deux médecins se sont même occupés du développement de la base des données qui a permis de documenter l'utilisation des services de la clientèle. Un des médecins promoteurs du projet (PL) et la coordonnatrice (RN) ont également collaboré à bon nombre de présentations et communications écrites. Enfin, le travailleur de milieu a soutenu l'organisation des groupes de discussion avec la clientèle et, tout comme les autres intervenants, a participé à la validation des outils de mesure et aux présentations des résultats. Toutes ces actions ont non seulement facilité, mais aussi enrichi les démarches des chercheurs. De plus, en évitant une duplication du travail, certaines modalités, comme l'administration de questionnaires par les intervenants, ont permis de réaliser des économies financières qui ont pu être investies dans d'autres aspects du programme.

Finalement, l'approche participative a créé un certain dynamisme dans l'équipe de recherche. Un stagiaire en toxicomanie s'est joint à l'équipe, puis un chercheur post-doctoral qui poursuit d'ailleurs des activités de recherche au-delà de la durée de son programme d'études. Les publications se multiplient et le comité avisé de recherche s'intéresse à des problématiques de plus en plus variées, ce qui exerce aussi un effet stimulant pour le milieu d'intervention. Le contexte favorable dans lequel s'est tenue l'évaluation d'implantation a d'ailleurs encouragé les chercheurs à poursuivre la collaboration avec l'organisme et à s'engager activement à Relais-Méthadone. Une subvention de recherche a d'ailleurs été obtenue

après deux années, pour procéder à l'évaluation d'impact de ce programme.

## Un apport significatif pour les intervenants

Le premier bénéfice de s'être associés à la démarche évaluative est sûrement, pour les responsables et les intervenants de Relais-Méthadone, une plus grande visibilité et une plus grande reconnaissance de leur programme. En effet, même si les résultats générés par l'évaluation ont pu être employés bien au-delà du plan symbolique, il faut avouer que le seul fait de mener une étude « scientifique » et de faire connaître les résultats de Relais-Méthadone par une instance autre que l'équipe d'intervenants ou l'équipe des promoteurs du projet en augmente la notoriété. Il est sûr, aussi, que ce type de démarche permet de présenter de manière plus « convaincante » les arguments utiles pour appuyer des décisions de nature politique quant à l'avenir et quant au financement de Relais-Méthadone. L'équipe de recherche a d'ailleurs participé à plusieurs rencontres avec des bailleurs de fonds. Ces entretiens visaient à soutenir l'organisme dans ses démarches et à justifier ses besoins courants de fonctionnement et de développement sur la base des informations issues de l'étude d'implantation.

Pour ce qui est du processus, la participation à la recherche semble avoir favorisé une évolution de la mentalité d'évaluation chez les intervenants. À ce sujet, les résultats d'une recherche évaluative peuvent être utilisés sur plusieurs plans en les caractérisant par leur apport spécifique à la pratique (Johnson, 1998). Le plan d'appropriation le moins intéressant pour le chercheur est sûrement celui où les informations issues d'une évaluation sont utilisées à des fins symboliques, ce qui consiste à utiliser les résultats pour légitimer et justifier la prise de décisions politiques. Nul besoin de recourir à une évaluation participative pour atteindre ce type d'objectif. Ce genre d'utilisation entraîne d'ailleurs peu de changements sur le terrain.

Il apparaît beaucoup plus profitable de pouvoir utiliser les résultats d'une évaluation sur le plan du processus, c'est-à-dire de viser à ce qu'ils contribuent à modifier les façons d'agir et de penser des personnes participant à la recherche. En induisant une « mentalité d'évaluation », ces démarches permettent de créer un contexte où l'acquisition d'information sur les pratiques et leurs effets sera valorisée et où l'information recueillie sera plus fréquemment considérée dans la prise de décision. En générant de l'information directement reliée à l'objectif d'accessibilité de Relais-Méthadone et en produisant des données sur la clientèle, l'offre et l'utilisation des services, l'évaluation participative visait à conduire à un niveau encore plus élevé d'appropriation des résultats : le niveau instrumental. Il s'agit d'un niveau où les résultats d'évaluation exercent une influence directe sur la pratique et sur la prise de décision quant au programme (Garaway, 1995). Plusieurs des données générées dans le cadre de l'évaluation menée à Relais-Méthadone ont pu être utilisées à ce niveau. On pense plus spécifiquement à l'utilité de l'information pour réévaluer le choix des clientèles admises ou dirigées vers d'autres programmes, pour l'allocation des ressources et pour la planification des activités.

L'approche participative privilégiée a aussi permis à l'équipe des intervenants et des responsables du projet d'exercer une grande influence sur les activités de recherche qui se sont déroulées à Relais-Méthadone. Ils ont ainsi pu soumettre leurs propres questions de recherche, discuter du devis et contribuer à l'explication des résultats, de même qu'à la diffusion de ces derniers. Par ailleurs, les questionnaires qui ont été élaborés pour la recherche d'implantation sont devenus des outils courants pour soutenir la pratique de toutes ces personnes. Ils permettent aussi de documenter la somme de leurs activités, ce qui est utile dans un contexte où les responsables du programme sont imputables des services offerts. En effet, l'information générée permet non seulement de faciliter l'évaluation de la clientèle et d'assurer son suivi, mais aussi de décrire le programme et l'ensemble de ses activités à des fins administratives. À ce chapitre, les résultats de

l'étude d'implantation ont permis aux intervenants de confirmer qu'ils réussissaient à bien sélectionner la clientèle visée. Les résultats préliminaires de suivi ont aussi démontré que les données quant à la rétention de la clientèle s'apparentent à celles des « meilleurs » programmes réguliers. Constaté qu'on effectue le travail prévu et que sous des aspects importants du programme on obtient de « bons » résultats, a été un facteur de motivation pour l'équipe d'intervenants. De plus, la tenue de discussions de groupe réunissant des clients de Relais-Méthadone a permis aux intervenants d'avoir accès aux perceptions de ces derniers par rapport aux services mis en place. Ainsi, ils ont pu constater qu'en général les aspects des services qu'ils valorisent davantage, c'est-à-dire l'accueil et l'accessibilité, étaient particulièrement appréciés de la clientèle. Ces discussions ont également permis de relever certains irritants, ce qui a mené, dans certains cas, à des changements dans les pratiques.

## Conclusion

Du point de vue des chercheurs et de l'équipe d'intervenants, plusieurs facteurs ont facilité la réalisation d'une véritable approche participative pour l'étude d'implantation de Relais-Méthadone. Tout d'abord, il importe de rappeler que les promoteurs du projet avaient prévu la participation des chercheurs dès le départ, avant même que le programme n'accueille son premier client. Deuxièmement, les fonds nécessaires à la recherche, de même que ceux relatifs à la mise en place du programme, étaient déjà disponibles au départ, ce qui a facilité l'harmonisation des démarches de chacun. À ce moment, l'apport des chercheurs a pu exercer indirectement un impact sur l'organisation et sur le mode de prestation des services offerts par l'organisme. Troisièmement, les intervenants ont manifesté une grande volonté de participer à toutes les étapes du processus. En conséquence, les chercheurs et les intervenants ont réussi à établir une relation de partenariat. Ceci les a amenés à réaliser les objectifs spécifiques à leur rôle et même à les dépasser en s'investissant dans des activités non prévues dans leurs fonctions

respectives. Finalement, les tâches assignées aux intervenants répondaient à leurs champs d'intérêt et à leurs habiletés sur le plan personnel, en plus de respecter leur disponibilité (Papineau & Kiely, 1996). À titre d'exemple, les intervenants les plus à l'aise pour s'exprimer en public ont participé davantage à la communication orale des résultats de l'étude. D'autres, qui avaient un intérêt particulier pour l'informatique, ont collaboré au développement d'une base de données sur le fonctionnement du programme.

Le type d'approche utilisé pour la recherche d'évaluation d'implantation de Relais-Méthadone comporte néanmoins certaines limites. En effet, les chercheurs et les intervenants ont dû en arriver à des compromis. Ils ont dû faire preuve d'une grande souplesse tout au long du processus. Sur le plan de la recherche même, on a dû développer des instruments de mesure modifiés, qui ne sont pas tous validés, pour satisfaire aux demandes concrètes du milieu. La validité de contenu et la convivialité des procédures pour la clientèle visée ont été privilégiées au détriment d'autres caractéristiques métriques telles que la fidélité des outils et procédures.

Sur le plan de l'intervention, malgré le choix de démarches « allégées », l'intégration de la recherche à l'intervention a tout de même alourdi la tâche du personnel de Relais-Méthadone, notamment pour ce qui concerne la collecte des données. De plus, l'approche participative produit la « contamination » des résultats de la recherche puisque les intervenants sont en contact avec les résultats de l'évaluation. Ils en viennent à modifier leur façon de faire et à générer des changements dans le programme au fur et à mesure que celui-ci évolue. Dans le contexte

d'implantation tel qu'il a été mené, la « contamination » était perçue beaucoup plus comme un avantage qu'un désavantage : le premier objectif de la démarche évaluative était de soutenir l'équipe dans l'implantation du programme. Cependant, toutes les modifications au traitement et à ses modalités ont entraîné un nombre élevé d'ajustements et de modifications aux protocoles utilisés. Dans un cadre strict de recherche expérimentale, cette situation serait considérée comme une atteinte directe à la validité interne des procédures. Ces changements, qui sont non seulement attendus, mais aussi souhaitables dans le contexte de rodage d'un programme, ont donc limité certaines possibilités d'analyses qui seraient basées sur l'ensemble de la clientèle traitée à Relais-Méthadone.

L'évaluation d'implantation a aussi généré des données de base sur le programme et a démontré la stabilisation qui s'est effectuée avec le temps dans les interventions offertes à Relais-Méthadone. Cette situation, ainsi que les informations recueillies sur la clientèle et les services qui lui sont offerts, ont permis aux chercheurs d'envisager un projet sur l'évaluation de l'efficacité du programme. Ils ont produit une demande de subvention auprès d'un organisme de recherche sur ce thème, ont obtenu les fonds et en sont à leur deuxième année de recherche. Ce projet s'inscrit en continuité avec l'évaluation d'implantation et est basé sur les mêmes principes de partenariat. Dans un contexte d'évaluation sommative (plutôt que formative), ce nouveau projet suit l'évolution du programme et témoigne de la collaboration qui s'est établie entre tous les partenaires.

## Références

- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Déry, M., Soto, J. & Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal : Results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 146, 994-1002.
- Cousins, J. B., & Earl, L. M. (1992). The case for participatory evaluation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 14, 397-418.
- Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : Applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Finch, E., Groves, I., Feinmann, C., & Farmer, R. (1995). A low threshold methadone stabilisation program : Description and first stage evaluation. *Addiction Research*, 3, 63-71.
- Garaway, G. B. (1995). Participatory evaluation. *Studies in Educational Evaluation*, 21, 85-102.
- Johnson, B. (1998). Toward a theoretical model of evaluation utilization. *Evaluation and Program Planning*, 21, 93-110.
- Landry, M., Bergeron, J. et S. Brochu (1998). La place de l'ASI/IGT dans une perspective globale d'évaluation en toxicomanie in Guyon, L., Landry, M., Brochu, S., et J. Bergeron (éds.) *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. et M. Argeriou (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 : 199-213
- Mercier, C., Perreault, M. (2001). L'évaluation de programme : Notions de base In *Problèmes Sociaux, Théories et méthodologies* (Tome I), sous la direction de H. Dorvil et R. Mayer, Québec, Presses de l'Université du Québec, 413-430.
- Ndejuru, R. (2000). Relais-Méthadone : *Rapport annuel d'activités* (Avril 1999 à mars 2000). Montréal : non publié.
- Papineau, D., & Kiely, M. C. (1996). Participatory evaluation in a community organization :Fostering stakeholder empowerment and utilization. *Evaluation and Program Planning*, 19, 79-93.
- Patton, M. Q. (1988). *Qualitative Evaluation Methods*. London: Sage.
- Perreault, M., Lauzon, P., Mercier, C., Rousseau, M. & Gagnon, C. (2001). Efficacité des programmes comportant l'utilisation de la méthadone. Dans Landry, M., Guyon, L. et Brochu, S., *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : Études québécoises*, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 93-135.
- Perreault, M., Ndejuru, R., Rousseau, M., Mercier, C., Lauzon, P., Côté, P. (2002). Relais-Méthadone : Premier programme à bas seuil au Canada ou une approche novatrice pour la clientèle marginalisée. *L'écho-toxico*, 12, 4-5.
- Perreault, M., Rousseau, M., Mercier, C., Lauzon, P., Côté, P. (2003). Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et résultats des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 94 : 197-200.
- Quintanilla, G., & Packard, T. (2002). A participatory evaluation of an inner-city science enrichment program. *Evaluation and Program Planning*, 25, 15-22.
- Ryrie, I. W., Dickson, J., Robbins, C., MacLean, K., & Climpson, C. (1997). Evaluation of a low-threshold clinic for opiate-dependent drug users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 105-110.

# Le traitement de substitution avec méthadone au Québec :

## Une mesure de santé publique en réadaptation

**Isabelle Paquin**

Coordonnatrice des services cliniques et intervenante psychosocial  
au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN)

### Résumé

Le traitement de substitution avec méthadone a beaucoup évolué au Québec dans la dernière décennie et une variété de modalités d'intervention s'est développée en fonction des besoins et des attentes de la clientèle ; ce traitement suppose la participation de plusieurs professionnels à un travail d'équipe et nécessite donc une concertation autour des objectifs visés par la modalité d'intervention offerte. De son côté, l'approche de la réduction des méfaits a augmenté la crédibilité ainsi que la popularité du traitement de substitution avec méthadone ; elle semble cependant engendrer une certaine confusion sur le plan des objectifs, des moyens et des finalités du traitement. Les différentes modalités d'intervention découlant de cette double constatation doivent être intégrées dans un continuum de services afin de répondre adéquatement aux multiples besoins de la clientèle.

**Treatment by Methadone  
Replacement in Quebec:  
A Public Health Measure  
in Rehabilitation**

**El tratamiento de sustitución con  
metadona :  
una medida de salud pública  
en readaptación**

**Abstract**

*The field of methadone substitution treatment has experienced unprecedented growth in Quebec over the last decade, and a variety of different treatment models have been developed. Substitution treatment implicates individuals from a variety of professional backgrounds, who must negotiate the delicate task of developing shared treatment goals which match the needs of the population. The Harm Reduction model, while better meeting these needs, has also seemed to augment confusion on the part of professionals as to the approaches and the outcomes of treatment. The challenge currently facing the field is integration of diverse treatment models into a continuum of treatment services. This continuum of treatment services should maximize the goodness of fit between program model and client needs.*

**Resumen**

*El tratamiento de sustitución con metadona evolucionó mucho en el Quebec en la última década y una variedad de modalidades de intervención se han desarrollado en función de las necesidades y de las esperas de la clientela. El tratamiento de sustitución supone varios profesionales en un trabajo de equipo y necesita por consiguiente una concertación alrededor de objetivos apuntados por la modalidad de intervención ofrecida. El enfoque de reducción de perjuicios aumentó la credibilidad, así como la popularidad del tratamiento de sustitución con metadona. Este mismo enfoque parece sin embargo aportar cierta confusión al nivel de los objetivos, de los medios y de las finalidades del tratamiento. Las diferentes modalidades de intervención que derivan de él deben responder al desafío de que se integre en una continuidad de servicios afín de responder adecuadamente a las múltiples necesidades de la clientela.*

Les approches d'intervention en toxicomanie sont en perpétuel développement. Les drogues utilisées évoluent, les toxicomanies aussi. Conséquemment, les objectifs de traitement s'adaptent et évoluent. Aussi, bien que l'abstinence demeure, la réduction des méfaits est maintenant présente dans plusieurs centres de réadaptation. De plus, les professionnels des sciences humaines impliqués dans l'intervention possèdent bien souvent des formations et des valeurs différentes, utilisant donc des approches diversifiées ; dans ce contexte, le travail d'équipe devient souvent un art à développer. L'intervention en toxicomanie utilisant une médication de substitution place donc les intervenants devant un défi encore plus grand puisqu'il implique davantage de professionnels provenant de domaines d'intervention différents. Ainsi, en plus des professionnels offrant le volet psychosocial du traitement, des professionnels du domaine médical, médecins et infirmiers, et parfois même de la pharmacie se grefferont à l'équipe de travail. Dans le présent article, nous tentons de définir les paramètres du traitement de substitution avec méthadone au Québec et exposons certains des défis liés tant aux objectifs qu'aux approches.

## Le médicament

Les traitements de substitution se sont multipliés au cours des dernières années dans le domaine de la toxicomanie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait de l'accessibilité

au traitement de substitution une priorité dans son plan d'action 1999-2001 (19). Il s'agit du traitement en toxicomanie le plus documenté en ce qui concerne les drogues illicites et l'on a démontré son efficacité dans plusieurs contextes culturels différents (17, 18). Sa popularité a aussi été rehaussée par l'intermédiaire de l'approche de la réduction des méfaits, et ce, surtout auprès des héroïnomanes. En effet, le traitement réduit les risques infectieux entraînant une diminution de la toxicomanie et une amélioration des comportements d'injection (17, 32, 37, 39).

La substitution consiste à proposer un produit de remplacement qui pénètre progressivement dans l'organisme, qui ne produit pas de sensation euphorisante et qui maintient le consommateur dans un état fonctionnel. Le médicament de substitution le plus connu est certainement la méthadone, un opioïde synthétisé par les Allemands durant la Deuxième Guerre mondiale et utilisé alors comme analgésique pour les soldats blessés (18). La méthadone sert de produit de substitution pour les opiacés depuis plus de 40 ans (23, 37).

Les pionniers dans l'utilisation de la méthadone comme médicament de substitution furent Dole et Nyswander en 1965, qui définissaient la toxicomanie comme un problème métabolique (15). Le phénomène de la dépendance aux opiacés est simple à expliquer : souvent utilisés sous la forme d'héroïne dans le contexte de la consommation illicite, ils procurent une sensation d'euphorie et de bien-être. Lorsque ces substances occupent les récepteurs

d'opiacés dans le cerveau, les endorphines naturelles ne jouent plus leur rôle, le cerveau cesse d'en fabriquer, et ce, en l'espace de quelques semaines. L'arrêt des opiacés entraîne donc des symptômes de sevrage qui persistent jusqu'à ce que les cellules cérébrales synthétisent de nouveau leurs endorphines (12, 18, 37). Ces symptômes de sevrage disparaissent si l'on réadministre des opiacés, d'où le recours à des médicaments de substitution.

Les opiacés ne sont pas les seules drogues pour lesquelles un médicament de substitution peut être proposé, mais ils semblent actuellement les plus populaires en traitement de substitution (17). La méthadone est un médicament qui est ingéré par voie orale ; sa demi-vie à l'état stable est de 24 à 36 heures, elle ne procure généralement pas d'euphorie et diminue beaucoup le désir de consommer en occupant tous les récepteurs cérébraux, bloquant ainsi les effets euphorisants des opiacés (8, 11, 12, 18).

Ce médicament est très souvent prescrit à un dosage hautement individualisé afin de contrôler les manifestations du manque et de bloquer les effets euphorisants de l'héroïne (8, 18, 32) ; il vise à diminuer le désir de consommer sans pour autant provoquer de la somnolence ou de la léthargie (2, 12). Un dosage trop élevé entraînera d'abord une légère euphorie, puis de la somnolence et des nausées (2). Les effets secondaires tels que la constipation, les sueurs abondantes, le gain de poids, la rétention d'eau, l'impuissance chez l'homme et l'anorgasmie chez la femme sont courants chez les utilisateurs (2, 11, 12, 18, 30). Puisqu'une grande majorité des personnes bénéficiant de ce traitement semble incapable de se sevrer de la méthadone sans rechuter dans les drogues illicites (18, 37), la dépendance à la méthadone est devenue acceptable. Il n'y a pas de contre-indication à utiliser la méthadone pendant une longue période de temps. Plusieurs recherches scientifiques insistent sur le fait que les traitements de substitution avec méthadone obtiennent de meilleurs résultats à plus long terme (18, 30, 37).

Le médicament de substitution sera considéré de façon bien différente dépendant du contexte dans lequel il est utilisé. Certains traitements inspirés

d'un modèle européen seront davantage axés sur la réduction des méfaits et sur la médicalisation des problèmes sociaux (37). D'autres traitements, conçus selon un modèle plus américain, seront particulièrement conservateurs et proposeront un cadre d'intervention plus rigide accompagné d'une réglementation restrictive davantage axée sur l'abstinence (35, 37).

Au Québec, plusieurs modalités de traitement de substitution seront disponibles, s'inspirant tantôt du modèle européen, tantôt du modèle américain, selon les choix des professionnels et leur conception de la toxicomanie ; le contexte de réadaptation actuel soutient davantage une définition multifactorielle de la toxicomanie (19). Les définitions du traitement de substitution diffèrent donc largement de la définition métabolique de la toxicomanie aux opiacés que supportaient ses fondateurs, Dole et Nyswander (37). Par exemple, Mino (1995) décrit la méthadone comme un médicament « permettant aux patients de tirer un profit maximal des appuis psychosociaux qui font partie intégrante du traitement » (p. 238). D'autres auteurs parlent de l'effet de déconditionnement associé à l'usage du médicament de substitution par l'absence d'effet de l'héroïne (21). Ce médicament fournit l'espace pour « nommer le ressenti comme autre chose que lié à la drogue » (Gibier, 1997, p. 32). Le médicament à lui seul ne fait rien pour découvrir les motifs du début de la toxicomanie. Il ne fait pas disparaître de façon permanente les symptômes de sevrage ; il ne fait que remplacer un produit par un autre (23, 37). Si une personne utilise un médicament de substitution mais qu'inconsciemment, elle recherche l'arrêt de la mentalisation (*craving*), ou si elle souffre d'une psychopathologie, la substitution sera peu efficace (22). Les soins éducatifs et psychiques demeurent donc importants.

## Les professionnels impliqués

Les centres de réhabilitation en toxicomanie sont majoritairement composés de professionnels des sciences humaines offrant principalement des services psychosociaux. Les traitements de subs-

titution avec méthadone ont comme particularité de faire appel à l'intervention de plusieurs acteurs de professions différentes, où les porteurs du volet psychosocial n'occupent pas nécessairement la place centrale.

C'est évidemment le volet médical qui est au cœur du traitement puisque celui-ci implique d'abord la prescription d'un médicament. Les professionnels de ce volet, les médecins et les infirmiers, retiendront donc plus souvent l'attention du toxicomane en début de traitement, car ils fournissent l'objet principal de la demande, la méthadone. Ils profitent de ces contacts avec le toxicomane pour lui offrir aussi différents soins de santé.

Avec le temps, le patient perçoit généralement les limites de la méthadone, et la demande se transforme et se façonne tranquillement avec l'aide du professionnel du volet psychosocial (18, 28). Il arrive également que le médecin se serve de l'alliance qu'il a développée avec le patient autour de la méthadone pour l'inviter à communiquer avec un intervenant psychosocial même s'il n'en éprouve pas le besoin (41). Les tâches de cet intervenant sont variables : des rencontres informelles ou régulières, des prises en charge strictement sociales ou de type psychothérapeutique, du travail de groupe ou individuel, constitueront l'arsenal de ce professionnel. Plusieurs recherches scientifiques soulignent les résultats positivement significatifs entourant la diminution de la consommation de l'héroïne et de la cocaïne ainsi que de la diminution des actes criminels, lorsque les services psychosociaux interviennent dans le traitement (17, 18, 31, 32, 39). Malheureusement, la présence de ce volet augmente les coûts reliés au traitement et diminue par le fait même son accessibilité (25), laquelle est déjà amplement réduite par un manque notoire de médecins prescripteurs (11). Il est important de souligner que conformément à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, une exemption du ministre fédéral de la Santé est nécessaire pour prescrire la méthadone (11).

Un quatrième professionnel participant au traitement et qui, au Québec du moins, se situe à l'exté-

rieur du centre de traitement, est le pharmacien. Son rôle ne se limite pas à la préparation et à la dispensation de la méthadone ; il est en contact quotidien avec le patient et participe ainsi, parfois malgré lui, au maintien du cadre thérapeutique (20, 28).

Tous ces professionnels travaillent ensemble autour des mêmes patients afin d'optimiser les effets bénéfiques du traitement de substitution (23, 27). En effet, le traitement se révèle plus efficace lorsque le volet psychosocial est présent et offert sur le même site que le volet médical, lorsqu'une philosophie de traitement à long terme est proposée, que les doses de méthadone sont adéquates et que les équipes de professionnels sont stables et chaleureuses (32, 33). Plus les conditions de vie et de santé du patient sont détériorées, plus les chances qu'il bénéficie du traitement sont mitigées (22, 33).

Ces professionnels partagent la responsabilité de l'efficacité du traitement et participent selon leurs compétences à une démarche visant un objectif commun. Le travail d'équipe permet une approche beaucoup plus fine de la réalité du patient. Les recherches scientifiques ne remettent plus en question l'efficacité en soi du traitement avec méthadone ; l'enjeu est maintenant de savoir quelle modalité de traitement est nécessaire et suffisante, et pour qui, comment et à quel moment (33).

## Les modalités d'intervention

En 1966, la disparition progressive de l'influence des représentants de la religion en toxicomanie au Québec a cédé la place à la mise sur pied de l'OPTAT (Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies) (5). L'OPTAT projetait d'unifier les ressources privées et publiques engagées dans le domaine et travaillait à promouvoir le traitement des toxicomanies en matière de traitement, de prévention, d'éducation et d'information. L'avènement des CLSC et le désir du gouvernement de ne pas coexister avec une structure parallèle amenèrent le démantèlement de l'OPTAT en 1975. La disparition de l'OPTAT créa un vide, particulièrement chez les médecins, qui sont restés par la

suite étrangers aux développements du secteur des toxicomanies (5). Les modalités d'intervention en vogue étaient alors l'approche psychosociale ainsi que le mouvement des Alcooliques Anonymes (5, 28).

Les modalités d'intervention du traitement avec méthadone se sont ensuite particulièrement développées au Québec dans les années 1980 dans le cadre de ce que Rosenbaum appelle une « entreprise de démedicalisation du processus de traitement » au profit d'arguments moraux (6, 28, 37). La méthadone n'avait jusqu'alors été prescrite que pour un nombre infime d'usagers, par un petit nombre de médecins pratiquant en clinique privée ou en établissement public (28). C'est ainsi qu'en 1985, la première clinique publique offrant un traitement à la méthadone, le Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN), ouvrait ses portes (5, 6, 28). Aucun des centres de réadaptation publics au Québec ne proposaient de services pour intégrer les héroïnomanes sous méthadone au reste de leur clientèle, leur conception de la toxicomanie et de la réadaptation ne laissant aucune place à l'utilisation de médicaments de substitution (4, 28). La méthadone était alors perçue comme une autre drogue que l'on fournit aux toxicomanes, et non comme un médicament permettant de réduire les méfaits (6, 37).

Les modalités d'intervention avec méthadone se sont donc développées à l'extérieur du réseau des centres de réadaptation pour toxicomanes. Ces traitements avec méthadone proposaient souvent des modalités d'intervention de durée limitée, à l'intérieur de normes de pratique très restrictives (6, 28, 37). De nombreux efforts ont été déployés par la suite afin de freiner l'épidémie du sida en donnant accès au traitement à un nombre optimal de toxicomanes au moyen d'une variété de modalités d'intervention.

Cousineau et Gariépy (2000) différencient d'abord les modalités de sevrage des modalités de maintien avec méthadone. Le sevrage avec méthadone est présenté comme un outil thérapeutique intéressant puisqu'il permet de retenir la clientèle en traitement ambulatoire pendant quelques semaines.

Il repose sur la présomption que le patient pourra rester abstinent à la fin du traitement (4). Il est également offert aux personnes pour qui un maintien serait plus approprié, mais qui refusent cette option ou n'y ont pas accès. Bien que cette intervention brève ne semble pas susceptible d'induire une abstinence prolongée, elle diminue la détresse associée à l'usage chronique d'opiacés et procure un répit à l'usager ainsi qu'à son entourage (4, 28). En ce qui concerne les modalités de maintien, elles reposent sur l'hypothèse que la production d'endorphines devient déficiente dans le cerveau pour une période de quelques semaines, voire quelques années (12).

Gibier (1997) présente deux modalités de maintien avec méthadone qu'il nomme *haut seuil* et *bas seuil*. Les deux modalités incluent une délivrance et une prise de la méthadone contrôlées. L'auteur définit la première par une prescription individualisée, une prise quotidienne de la médication, plusieurs dépistages urinaires et une équipe pluridisciplinaire visant des objectifs de soins. Le bas seuil d'exigences se distingue par une prescription standardisée, une prise de la médication qui n'est pas nécessairement quotidienne, un seul dépistage urinaire en début de traitement et une équipe dite « de contact » visant des objectifs de gestion du manque. Au Québec, le bas seuil permet d'obtenir une prescription individualisée, mais il se démarque du haut seuil par l'absence de gestion de la médication ; les usagers doivent se procurer leur médication à la pharmacie tous les jours, et ce, pendant toute la durée du traitement (9).

Le bas seuil demeure pertinent dans la mesure où s'il n'existe pas, il se crée dans l'illégalité (21). Les différences entre le haut et le bas seuil sont d'abord techniques, mais se retrouvent également dans l'intentionnalité du prescripteur et dans les besoins de la clientèle. Ainsi, le bas seuil visera une prise en charge en vue de la réduction des méfaits, et le haut seuil, en vue de l'abstinence ou de son intentionnalité, ou à tout le moins d'une intention de changement (21).

Le tableau suivant illustre les différentes modalités de traitement utilisées au Québec ainsi que quelques-unes de leurs caractéristiques (3).

### Les modalités d'intervention

---

<b>Les modalités de sevrage</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Traitement ambulatoire</li><li>• Doses décroissantes</li></ul>
<hr/>	
<b>Les modalités de maintien</b>	
	Maintien orienté vers l'abstinence
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Services standardisés</li><li>• Protocoles de soins contrôlants</li><li>• Dose de confort</li></ul>
Haut seuil d'exigences (droit de gérer la médication)	Maintien orienté vers une intention de changement (approche de réduction des méfaits)
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Services individualisés</li><li>• Protocoles de soins adaptés au projet de changement</li><li>• Dose de confort</li></ul>
<hr/>	
	Maintien
Bas seuil d'exigences (pas de gestion de médication)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Services de première ligne individualisés</li><li>• Clinique sans rendez-vous</li><li>• Dose de confort</li></ul>

---

Différentes modalités sont disponibles selon le moment et les circonstances de toxicomanie dans lesquelles les patients se trouvent, ainsi que les projets immédiats qui les habitent (26, 28). D'autres auteurs proposent la prescription d'héroïne ou d'autres produits pour les clientèles non intéressées par les traitements de substitution avec méthadone ou chez qui ces traitements ont échoué (18). Le défi lié à ces différentes modalités d'intervention est de les intégrer dans une même continuité de services thérapeutiques, de faire en sorte qu'elles se complètent et non qu'elles s'opposent en *bonne* et *mauvaise* substitution.

### Les objectifs de santé publique et la réadaptation

Développer une vision commune avec d'autres personnes par rapport à des orientations et des objectifs implique souvent de modifier sa pratique habituelle. Trouver un accord sur les objectifs de travail relève donc davantage des concessions que des consensus (40). Par exemple, chacun des professionnels constituant l'équipe d'un traitement de substitution possède sa propre culture, sa propre conception de la toxicomanie et des problématiques associées. Le terme même de « toxicomanie » sera abordé de différentes façons selon l'appartenance des professionnels. Ceux du volet médical la définiront comme une maladie chronique récidivante, une pathologie cérébrale (24) ; le but de leurs interventions sera donc d'éliminer le symptôme de dépendance à une

substance psychotrope. Les professionnels du volet psychosocial aborderont plutôt la toxicomanie comme une difficulté d'adaptation ; leur but sera de travailler autour du symptôme qu'est la dépendance. Des conceptions aussi différentes du phénomène de la toxicomanie influenceront éventuellement la façon de l'analyser et de le traiter. Le travail d'équipe interdisciplinaire relatif au traitement de substitution exige donc de concilier de grandes divergences idéologiques (40).

Le choix d'objectifs relevant davantage de la santé publique que de la réadaptation constitue une autre exigence. Les traitements de substitution avec méthadone qui adoptant des objectifs de réadaptation sont davantage centrés sur la psychothérapie, la réinsertion sociale et professionnelle (10). Ils sont reconnus pour augmenter la fidélité au traitement, améliorer la santé des usagers, diminuer la consommation de drogues illégales, et réduire, de façon moins significative, les activités criminelles (vol, fraude, prostitution) (1, 17, 27). Il a été démontré que la méthadone seule n'est efficace que pour un nombre minimal de patients et que la présence d'une intervention psychosociale augmente les aboutissements du traitement, peu importe la modalité de traitement offerte et la trajectoire du patient (31, 33). L'effet sida des années 1990 a renversé les priorités et les objectifs des traitements en priorisant la lutte contre la propagation de la maladie auprès des héroïnomanes avant de chercher à les soigner de leur toxicomanie (13, 37, 41). Les professionnels du volet psychosocial travaillant dans les centres de réadaptation ont de ce fait appris à moduler leurs interventions en fonction des besoins particuliers de cette clientèle très hétérogène et de la modalité de traitement dans laquelle elles s'insèrent (33). Ainsi, les traitements de substitution avec méthadone ont été intégrés dans un modèle hygiéniste de santé publique qui défendait de nouvelles politiques axées sur une réduction des méfaits.

La santé publique vise des objectifs de prise en charge des intérêts sanitaires et sociaux des populations (14, 16). Ainsi, par des traitements avec méthadone, la santé publique vise une humanisation de

la prise en charge sociosanitaire des héroïnomanes. Plus largement, la santé publique adopte toute mesure visant à offrir aux toxicomanes une alternative à la seringue (13). Les traitements avec méthadone comportant des objectifs de réadaptation atteignent largement les objectifs de santé publique, puisque la baisse de la consommation entraîne la diminution, sinon l'abandon de l'usage de la seringue, donc la prévention de la séroconversion au VIH parmi les toxicomanes et, par conséquent, dans l'ensemble de la population (1, 17, 37).

Les objectifs semblent donc complémentaires dans le sens que la réadaptation devient en quelque sorte l'extension de la santé publique. Si, dans ce dernier cas, la santé publique vise à limiter l'incidence d'un problème par la prévention spécifique de celui-ci, elle se joint à la réadaptation en tentant de limiter la prévalence et les conséquences de ce problème (7). Les différentes modalités de traitement avec méthadone se retrouvent donc sur un continuum d'interventions où chaque modalité a sa place et son importance. Ainsi, sans être en opposition, les interventions des professionnels sont simplement différentes selon l'objectif privilégié.

Parmi les professionnels en cause, ceux du volet médical du traitement de substitution sont probablement les plus concernés par les objectifs de santé publique. Les personnes dépendantes des opiacés possèdent un risque de mortalité 12 fois plus élevé que le reste de la population, et les mortalités reliées aux opiacés sont 9 fois plus élevées qu'il y a 20 ans (23). Le traitement de substitution avec méthadone devient donc un choix intéressant pour le médecin ou l'infirmier qui désirent cette problématique. L'avantage des traitements comportant des objectifs de santé publique est d'apporter des réponses concrètes aux usagers et de donner des résultats incontestables et facilement évaluables (16). Les structures adoptant de tels objectifs peuvent également se prévaloir de toucher un nombre considérablement plus important d'usagers que les institutions de réadaptation.

Les intervenants psychosociaux impliqués dans ces traitements se transforment habilement en distributeurs de tout genre de matériel tel que seringues, préservatifs, dépliant et café. Leurs modes d'action tendent généralement à se diversifier au profit d'autres besoins qui dépassent le domaine de la santé publique et qui sont tout aussi importants. Il apparaît que les difficultés des usagers s'accompagnent presque toujours de problèmes sociaux qui doivent être pris en charge simultanément et même parfois préalablement à ceux touchant leur santé (16, 36). Les difficultés de la clientèle s'expliquent souvent par la marginalisation, par des comportements irréfléchis ou des situations de crise. Les intervenants psychosociaux doivent favoriser et multiplier les occasions d'être en contact afin de soutenir les liens établis et d'offrir leur aide. Les services d'accompagnement dans le milieu de vie, de promotion sociale et de référence vers les ressources appropriées sont personnalisés et permettent de créer une ouverture vers la réintégration sociale (38).

Le traitement de substitution avec méthadone apporte des bénéfices tant dans le domaine de la santé publique que chez la personne toxicomane elle-même (17). Le choix d'élaborer, en équipe multidisciplinaire visant l'interdisciplinarité, des objectifs de travail précis, relève certainement de la négociation et de la patience.

## La réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits est définie comme *une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de leur usage* (Brisson, 1997). Elle implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation des drogues illégales plutôt qu'une philosophie de l'abstention (10, 29). Son efficacité repose sur une continuité des soins ainsi que sur la variété d'interventions disponibles et proposées (16, 29). Si, pour une grande majorité de professionnels, la réduction des méfaits n'est qu'un ensemble d'actions à visée pragmatique destiné à améliorer la santé et les conditions d'existence des toxicomanes,

elle représente également une véritable philosophie d'intervention en toxicomanie (6, 16).

Les traitements de substitution avec méthadone s'insèrent parfois avec difficulté dans l'approche de la réduction des méfaits. Idéalement, dans un premier temps, le toxicomane pourrait tranquillement renoncer à l'injection même s'il n'est pas prêt à renoncer à la drogue (34). Le traitement aurait alors l'avantage d'aider l'usager à réduire les risques, tout en modifiant son rapport au produit et en lui laissant le temps de construire les supports affectifs et sociaux nécessaires au changement. Malheureusement, certains usagers utilisent les traitements de substitution avec méthadone comme un moyen d'accès à un produit qui leur permet de continuer à consommer de l'héroïne d'une manière raisonnable, contrôlée, sans danger et de manière sanitaire (17, 26). Est-ce un échec du traitement de substitution ? Est-ce un échec de l'approche de la réduction des méfaits ? Est-ce un échec de l'encadrement proposé ? Est-ce un échec ?

Lorsqu'elle est distribuée sans contrôle et sans assistance médico-psycho-sociale suffisante, lorsque l'aspect multidisciplinaire du service est abandonné, la méthadone seule ne donne que peu de résultats (23, 25, 31, 36). En effet, des traitements sans encadrement et sans logique de soins partagés par les professionnels peuvent donner une réponse passive et standardisée qui minimise la relation interpersonnelle entre l'usager et le soignant (16). Si la réduction des méfaits amène de nouvelles perspectives ainsi que des méthodes de travail plus souples et indulgentes, elle n'aura par contre aucune portée si elle ne s'insère pas dans une logique de soins intégrant l'ensemble des services offerts par les professionnels (23). Cette logique de soin doit valoriser le lien avec la personne, un lieu pour réfléchir, pour faire confiance, pour développer le désir d'un changement. C'est souvent par un lien qu'a débuté la souffrance du toxicomane ; c'est souvent par un autre qu'il pourra développer l'espoir d'un mieux-être. La question n'est sans doute pas d'être pour ou contre la réduction des méfaits, mais de se demander *ce que l'on fait avec un patient plus enclin*

*à se faire quelque chose qu'à faire quelque chose pour lui* (Nominé, 1995).

La réduction des méfaits soulève également une autre difficulté dans son application puisqu'elle peut être envisagée en tant que moyen et en tant que finalité. Toutes les actions entreprises en toxicomanie ont nécessairement comme finalité la réduction des méfaits, c'est-à-dire une action contre les conséquences négatives associées à l'usage des drogues (6). La réduction des méfaits en tant que moyen fait référence aux actions prises dans un contexte où la consommation est maintenue, se poursuit, est tolérée (6, 29). Des moyens de réduction des méfaits n'empêchent pas d'avoir l'abstinence comme objectif à long terme.

Dans ce sens, un organisme visant des objectifs de santé publique devrait adopter la réduction des méfaits en tant que finalité et viser principalement à réduire les conséquences négatives de l'usage. Les stratégies de réduction des méfaits adoptées par la santé publique sont développées pour les personnes qui continuent de consommer (29). Par contre, un centre de réadaptation offrant un traitement de substitution devrait privilégier l'approche de réduction des méfaits en tant que moyen et adopter une attitude de tolérance face à la consommation tout au long de la démarche du patient. L'approche de réduction des méfaits inclut ainsi plusieurs modalités d'intervention pouvant viser ou non une finalité d'abstinence.

## Synthèse

Les centres offrant des traitements de substitution avec méthadone au Québec ont su développer une expertise et des services de qualité durant les dernières années. Bien que le problème de l'accessibilité à ce type de service persiste, toutes les conditions semblent réunies pour qu'on puisse envisager un développement des traitements de substitution sur une plus grande échelle. Si l'efficacité des traitements de substitution avec méthadone est reconnue, il restera toujours à définir localement les conditions optimales et les objectifs des différentes modalités d'intervention. Les objectifs de santé publique visant une accessibilité maximale au traitement de substitution avec méthadone ont leur place, tout comme les objectifs spécifiques et plus coûteux de la réadaptation. L'intégration des différentes modalités de traitement sur un même continuum de services demeure une nécessité, particulièrement en ces temps de pénurie d'accessibilité. L'actualisation des concepts de la réduction des méfaits dans le cadre du traitement avec méthadone se poursuit et laisse entrevoir des innovations créatrices et prometteuses. Le développement d'une approche interdisciplinaire mieux définie, regroupant davantage l'expertise des divers professionnels impliqués dans le traitement de substitution, devrait permettre de diminuer le rapport coût/efficacité d'une duplication des services, tout en générant une approche beaucoup plus fine et mieux adaptée à la réalité de l'utilisateur.

## Références

- Angel, P., Lamarche, P. (1996) Dossier méthadone : vers une perspective de santé publique. *Psychotropes – R.I.T. France* : Édition Masson, 2 (4) 3-6. [1]
- Association des Pharmaciens (2002) *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 1361-1363. [2]
- Bel, S., Bouchard, M., Paquin, I., Savard, P. (2002) *Programme de formation relié au traitement de substitution à la méthadone pour les personnes dépendantes des opiacés*, Module d'enseignement sur les aspects psychosociaux de l'intervention, Université de Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.[3]
- Brabant, M. (2000) L'intervention brève avec la méthadone, *Médecin du Québec*, 35(5), 51-53. [4]
- Brisson, P. (2000) Développement du champ québécois des toxicomanies au XXe siècle, In P. Brisson : *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Volume III, Boucherville, Gaétan Morin éditeur. [5]
- Brisson, P. (1997) *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 110 p. [6]
- Brisson, P. (1999) *Préventions des toxicomanies : aspects théoriques*, cours TXM-1331D, télé-enseignement, Certificat de Toxicomanies, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal, 83 p. [7]
- Bruneau, J., Lauzon, P. (1998) *Mise à jour sur la prescription de méthadone pour la désintoxication et le maintien*, Université de Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. [8]
- Brunelle, N., Côté, P., Lauzon, P. (1997) *Programme de méthadone à exigences peu élevées*, Projet pilote – réduction des méfaits, document de travail. [9]
- Chayer, L., Larkin, J.-G. (1997) *La réduction des méfaits chez les usagers de substances psychoactives : les actions évaluées*, Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations et stratégie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 42p. [10]
- Collège des Médecins du Québec, Ordre des Pharmaciens du Québec (1999) *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*, Lignes directrices. [11]
- Cousineau, D.F., Gariépy, M.-H. (2000) *Les drogues de substitution*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 34 p. [12]
- D'anno, T., Pollack, H.A. (2002) Changes in methadone treatment practices : results from a national panel study, 1988-2000, *The Journal of the American Medical Association*, 288 (7), 850-856. [13]
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2002) *Le mandat légal*, Gouvernement du Québec, [on-line]. [14]
- Dole, V.P., Nyswander, M.E. (1965) A medical treatment of diacetylmorphine (heroin) addiction, *The Journal of American Medical Association*, 193 :146-150. [15]
- Farrel, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G., Des Jarlais, D., Gossop, M., Strang, J. (1994) Fortnightly review : methadone maintenance treatment in opiate dependence : a review, *The British Medical Journal*, 309 (6960) : 997-1001. [16]
- Fédération européenne des intervenants en toxicomanie (1998) *Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe*, Édition Anit France, 1-7. [17]
- Geismar-Wiewiorka, S., Guionnet, C., Guis, G. *La méthadone, Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France, 1997, 126p. [18]
- Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des services sociaux (1998) *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, 43 p. [19]
- Guévin, J.-F., Livio, P., Savard, P. (2000) Le traitement à la méthadone, un travail de collaboration avec le pharmacien, *Médecin du Québec*, 35 (5) : 87-92. [20]
- Gibier, L. (1997) Maintenance ou substitution ? *Psychotropes – R.I.T. France* : Éditions Masson, 23-39. [21]

- Gibier, L. (1998) La substitution, au service de qui ? *Interventions*, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Édition Anit France, 1-9. [22]
- Hicks, M. (2000) The alternative therapy, *Nursing Standard*, 14 (45), 18. [23]
- Institut national de recherche pédagogique (2001) Les modes de consommation, *Drogues, Médicaments, Dépendance*, [on-line], 1-2. [24]
- Kraft, M.K., Rothbard, A.B., Hadley, T.R., McLellan, A.T., Asch, D.A. (1997) Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective ? *American Journal of Psychiatry*, 154 (9) : 1214-1219. [25]
- Langendam, M.W., Van Brussel, G.H.A., Coutinho, R.A., Van Ameijden, E.J.C. (2001) The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users, *American Journal of Public Health*, 91 (5) : 774-780. [26]
- Lanini, Y. (1998) Évolution du regard du professionnel au cours des dix dernières années. *Interventions*, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Édition Anit France, 1-4. [27]
- Lauzon, P. (1996) Les modèles d'intervention avec méthadone. *Psychotropes – R.I.T. France* : Éditions Masson, 7-14. [28]
- Lenton, S., Single, E. (1998) The definition of harm reduction, *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), 213-220. [29]
- Léonard, L., Ben Amar, M. (2002) *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie*, Les presses de l'Université de Montréal. [30]
- McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1993) The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, *The Journal of the American Medical Association*, 269 (15), 1953-1959. [31]
- Mino, A. (1995) Les maintenances à la méthadone. *L'information Psychiatrique*, 3, 237-246. [32]
- Nadeau, L., Biron, C. (1998) *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*, Collection Toxicomanie, Les presses de l'Université Laval. [33]
- Nominé, P. (1995) La méthadone au sens large. *Psychotropes – R.I.T. France* : Éditions Masson, 109-115. [34]
- Parrino, M.K. (1996) La traitement à la méthadone aux USA : organisation et politique, *Psychotrope – R.I.T.*, France : Éditions Masson, 103-108. [35]
- Reese, T.V. Sr. (2001) Treating Opioid Dependence, *The New England Journal of Medicine*, 344 (7), 530-531. [36]
- Rosenbaum, M. (1995) The demedicalization of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 : 145-149. [37]
- Savard, P. (2001) *Résultats du questionnaire, constats, réflexions et propositions*, Relais Méthadone, Document de travail. [38]
- Sorensen, J.L. (1996) Methadone treatment for opiate addicts : when properly regulated, still a valuable outpatient treatment, *British Medical Journal*, 313 (7052) : 245-246. [39]
- Vermette, G. (2001) *Développer la concertation en toxicomanie : guide pour les intervenants et les gestionnaires*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 22p. [40]
- Wojciechowski, J.-B. (1998) Incidences (ou ainsi dansent) substitutions et institutions. *Interventions*, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Édition Anit France, 1-5. [41]

## L'approche de réduction des méfaits :

### Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie

**Michel Landry**

Directeur des services professionnels et de la recherche,  
Centre Dollard-Cormier

**Marie Lecavalier**

Coordonnatrice des services professionnels,  
Centre Dollard-Cormier

#### Résumé

Au Québec, à la fin des années 80, l'approche de réduction des méfaits s'est conjuguée à d'autres courants qui avaient déjà commencé à y exercer leur influence pour provoquer une profonde remise en question de la philosophie de traitement et des méthodes d'intervention utilisées alors dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Cet article décrit plus particulièrement l'impact de l'implantation de cette approche par le Centre Dollard-Cormier en 1997. On y affirme qu'elle a constitué un point de ralliement pour tous les intervenants de ce centre et favorisé, particulièrement à travers l'expression « haute tolérance », l'adoption de valeurs telles que la flexibilité, l'accessibilité, l'acceptation de toutes les personnes qui demandent de l'aide, quels que soient leurs motifs et la précarité de leur situation. À l'aide de l'expérience des cinq dernières années, nous établissons un bilan des forces et des limites de cette approche dans un contexte de réadaptation. Au nombre des forces, on doit compter un plus grand respect des objectifs de l'utilisateur lui-même, notamment en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, une transformation des services pour les rendre plus flexibles et accessibles, et un préjugé favorable aux plus démunis. Au nombre des difficultés, on mentionnera l'adaptation de nos méthodes d'intervention à des objectifs variés en ce qui concerne la consommation et la conciliation de la haute tolérance avec un cadre thérapeutique qui impose des limites. Si l'approche de réduction des méfaits nous a appris à accepter toute amélioration de la situation des personnes toxicomanes comme un résultat légitime et valable en soi, notre mission de réadaptation nous invite à ne pas perdre de vue l'objectif qu'un grand nombre parmi elles poursuit néanmoins : arriver à se libérer de leur dépendance à ces substances, par l'abstinence ou autrement, et retrouver la maîtrise de leur vie.

## The Harm Reduction Approach: A Factor of Change in the Field of Drug Rehabilitation.

## El enfoque de reducción de perjuicios : un factor de cambio en el campo de la readaptación en toxicomanía

### Abstract

*In the late 80's, in Quebec, the harm reduction approach was mixed with other currents that had already started to influence and renew the philosophy of treatment and the methods of intervention used at the time in the field of drug abuse rehabilitation. This article will discuss the impact of the 1997 implementation of this approach at the Centre Dollard-Cormier. We assert that the care-givers of the centre rallied to the approach and that it facilitated, especially through the expression of «high tolerance», the adoption of such values as flexibility, accessibility and acceptance of all persons who request help, whatever their motives or the precariousness of their situation. With a five-year background, we can assess the strengths and limits of the approach in the context of rehabilitation. Concerning the strengths, we must observe a higher respect of the user's objectives, in particular those that concern the use of psychoactive substances, a transformation towards more flexible and accessible services, and a favourable prejudice towards the less fortunate. As for the difficulties, we will mention the adjustments made to our methods of intervention to meet the varied objectives of substance use and to conciliate high tolerance with the therapeutic framework. Even though the harm reduction approach has taught us to appreciate any improvement in the situation of addicted persons as a legitimate result, valid by itself, our mission requires us not to lose sight of the large number users who nevertheless pursue the objective of liberating themselves from their dependence, either by abstinence or otherwise, and take back control of their lives.*

### Resumen

*En el Quebec, al final de los años 80, el enfoque de reducción de perjuicios se conjugó con otras corrientes que ya habían comenzado a ejercer su influencia, para provocar una puesta en duda profunda de la filosofía de tratamiento y de métodos de intervención que estaban en uso en el sector de la readaptación de la toxicomanía. Éste artículo describe más particularmente el impacto que tuvo la adopción de éste enfoque en el Centro Dollard-Cormier en 1997. Se afirma que se ganó la adhesión de todos los trabajadores sociales que intervenían en ése Centro, y que particularmente la expresión « alta tolerancia » favoreció la adopción de valores tales como la flexibilidad, la accesibilidad, la aceptación de todas las personas que piden ayuda, cuales sean sus motivos y la precaridad de su situación. Gracias a la experiencia de los cinco últimos años, un balance de los puntos fuertes y de los límites de éste enfoque fue establecido en el contexto de la readaptación. Entre los puntos fuertes, se debe contar un respeto mayor de los objetivos proseguidos por el mismo usuario particularmente en lo que atañe al consumo de sustancias psicoactivas, una transformación de los servicios para que se vuelvan más flexibles y accesibles y un prejuicio favorable a los más despojados. Entre las dificultades encontradas, se debe mencionar la adaptación de nuestros métodos de intervención a variados objetivos relativos al consumo y la conciliación de la alta tolerancia con un marco terapéutico que impone sus límites. Si el enfoque de reducción de perjuicios nos enseñó a aceptar toda mejora de la situación de las personas toxicómanas como un resultado legítimo y válido de por sí, nuestra misión de readaptación nos invita a no perder de vista el objetivo proseguido a pesar de todo por gran número de entre ellas : llegar a liberarse de su dependencia a estas sustancias, por abstinencia o de otro modo, y volver a tener el control de su vida.*

## Introduction

La montée du sida, particulièrement au sein de la population toxicomane, a favorisé l'émergence de l'approche de réduction des méfaits, laquelle repose sur deux principes : le pragmatisme et l'humanisme. Le postulat de base est à l'effet que l'usage des drogues est une réalité avec laquelle nous devons composer. Il convient donc d'aller à la rencontre des usagers là où ils se trouvent. L'intervention implique une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes. La participation des usagers est favorisée de manière à soutenir une prise en charge collective (Brisson, 1997).

Au Québec, l'apparition de l'approche de réduction des méfaits au cours des années 80 est venue remettre sérieusement en question les traitements offerts aux personnes toxicomanes à cette époque, notamment dans le réseau des centres publics de réadaptation, des organismes publics accessibles gratuitement et financés entièrement par l'État. Dans ces derniers, les programmes d'intervention relevaient (et c'est encore le cas) principalement d'une approche psychosociale. Ils étaient dispensés par des professionnels des sciences humaines, des techniciens en éducation, du personnel nursing et très peu de médecins. Les traitements étaient jugés trop exigeants, non applicables à la réalité de la plupart des toxicomanes et, par le fait même, discriminatoires. Par leurs attitudes rigides, particulièrement en ce qui concerne l'exigence d'abstinence et l'imposition de modalités d'accès aux services qui avaient tendance à exclure les demandeurs moins

motivés, les centres de réadaptation devenaient incapables de rejoindre et de retenir les toxicomanes, et, de ce fait, leur impact sur la propagation du sida était grandement diminuée. Cette remise en question venait principalement du milieu de la santé publique, très préoccupé par la montée du sida, de médecins qui, à Montréal, avaient commencé à offrir un traitement de substitution aux héroïnomanes et des groupes communautaires, aux prises avec des toxicomanes particulièrement démunis, le plus souvent aux prises avec des problèmes graves de santé mentale, des démêlés avec le système judiciaire et l'isolement social. Le monde du traitement était donc vu comme un obstacle à l'implantation d'une approche de réduction des méfaits dans le champ de la toxicomanie et à la lutte contre le sida entreprise par les directions de santé publique.

Quinze ans plus tard, un grand nombre de centres de réadaptation en toxicomanie du Québec ont adopté l'approche de réduction des méfaits comme une partie intégrante de leur philosophie d'intervention. Que s'est-il passé ? S'agit-il d'une simple récupération pour se mettre au goût du jour ou d'une véritable intégration ? Comment s'est faite cette intégration et à quel prix ? Comment l'approche de réduction des méfaits s'est-elle conjuguée à d'autres mouvements importants qui secouaient à la même époque le monde du traitement en toxicomanie pour le transformer sous la forme qu'on lui connaît aujourd'hui ?

Voilà autant de questions posées dans cet article et auxquelles nous tentons de répondre en

nous appuyant sur l'expérience du Centre Dollard-Cormier, lui-même issu de la fusion, en 1997 de trois autres centres qui ont vécu les transformations du monde de la réadaptation au cours de cette période : Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine.

### L'alliance entre réadaptation et réduction des méfaits : un paradoxe

L'approche de réduction des méfaits et la réadaptation des personnes toxicomanes ne vont pas nécessairement de pair : « La prévention se décline en trois niveaux : empêcher l'apparition de la maladie (la prévention tertiaire)<sup>1</sup> qui ressemble à s'y méprendre à la réduction des risques<sup>2</sup>, ne vient qu'en troisième lieu. La réduction des risques néglige en général, ou subordonne à ses impératifs les deux premiers degrés de la prévention : empêcher l'apparition de la toxicomanie, en limiter la durée. » (Wieviorka, 1996). La tension entre les deux perspectives a été soulignée par plusieurs (Riley, 1993, Mino, citée dans Wieviorka, 1996).

L'application de l'approche de réduction des méfaits dans un contexte de réadaptation ne va donc pas de soi et constitue même, en quelque sorte, un paradoxe. En effet, les drogues et leur effet psychoactif, dans l'approche de réduction des méfaits ne sont pas au premier plan. Elles ne sont que le vecteur de méfaits qui, eux, doivent être évités. On doit citer en tout premier lieu le sida, une maladie mortelle dont la contagion devait être évitée à tout prix, fût-ce au prix de compromis concernant la lutte à la consommation des drogues illicites (Riley, 1993). Il en est de même des accidents de la route causés par la conduite avec facultés affaiblies : réduire les morts causées par l'alcool au volant apparaît comme plus important que la lutte à l'alcoolisme.

Dans le traitement de la toxicomanie, la perspective est différente, pour ne pas dire inversée : le phénomène de la dépendance est au premier plan. Le critère d'admission premier dans un centre de réadaptation en toxicomanie est l'existence d'un abus ou d'une dépendance à une substance psychoactive. La relation aux substances doit être devenue problé-

matique et avoir créé la situation suivante : toute la vie du toxicomane est centrée autour de la consommation et de l'obtention de drogues ou d'alcool, au point de créer des conséquences néfastes sur l'ensemble de sa vie. La démarche de réadaptation vise à changer la relation aux drogues pour redonner à la personne toxicomane la possibilité de reprendre le pouvoir sur sa vie.

Comment, dès lors, non seulement concilier ces deux perspectives dans un même environnement, mais aussi les intégrer dans une stratégie d'intervention cohérente ? Selon certains (Negrete, 2001), il s'agit d'une tâche périlleuse qui pourrait conduire les intervenants en toxicomanie à perdre de vue le problème majeur de santé que représente la dépendance *in se*. Voilà pourtant le défi qu'a voulu relever le Centre Dollard-Cormier, ainsi que plusieurs autres centres de réadaptation en toxicomanie au Québec.

### L'approche de réduction des méfaits : en continuité avec d'autres approches dans le domaine de l'intervention en toxicomanie

Bien que l'introduction du label « réduction des méfaits » au Québec et ailleurs dans le monde soit relativement récente, plusieurs des fondements sur lesquels elle s'appuie existaient déjà depuis plus longtemps et bien d'autres courants étaient déjà venus ébranler certaines idées reçues — souvent élevées au statut de dogmes -- dans le domaine du traitement en alcoolisme et en toxicomanie. L'introduction de ces idées suscitait des controverses passionnées. En effet, plusieurs études — issues notamment du champ de la psychologie expérimentale — remettaient en question les concepts de maladie et d'irréversibilité en matière d'alcoolisme, en démontrant qu'il est possible pour des alcooliques de revenir à une consommation modérée d'alcool (Polich, Armor et Braiker, 1980; Pattison, Sobell et Sobell, 1977). Ces études venaient remettre en question l'hégémonie de l'abstinence comme seul objectif possible dans l'intervention auprès des personnes alcooliques et toxi-

comanes. Elles étaient corroborées par l'expérience des intervenants des centres de réadaptation, qui avaient constaté que l'exigence de l'abstinence était souvent improductive parce que, d'une part, elle conduisait les usagers à mentir et que, d'autre part, certains parvenaient à revenir à une consommation non problématique de certaines substances.

De plus, la mise en évidence, dans les études étiologiques, du caractère multivarié de la toxicomanie avait favorisé l'émergence du concept d'appariement (Pattison, Sobell et Sobell, 1977; McLellan, 1981), en vertu duquel on propose des formes variées de traitement en fonction des besoins divers des usagers de substances. On avait pu également démontrer que plusieurs formes de traitement pouvaient être efficaces (Project MATCH Research Group, 1997; Sells et Simpson, 1980; Simpson, 1997; Polich, Armor et Braiker, 1980) et qu'il importait avant tout d'orienter les personnes qui demandaient de l'aide vers l'intervention qui leur convenait.

Aussi, un grand nombre d'auteurs, dans le domaine du traitement des conduites addictives (Rossi et Filstead, 1976; Miller, 1989; Prochaska et Di Clemente, 1982), avaient commencé à remettre en question la conception très statique de la motivation qui avait cours jusqu'alors et à proposer une vision dynamique de ce concept : la motivation est une force susceptible d'évoluer et sur laquelle on peut agir. Ses sources peuvent varier. Il est préférable de s'appuyer sur les motifs de départ de la personne qui veut changer, de lui proposer des choix, de favoriser une évolution de ses attitudes à l'égard du changement.

Enfin, la fréquentation de nos services par des personnes particulièrement frappées par des problèmes sociaux et de santé graves associés à leurs conduites addictives (itinérance, isolement social, maladies infectieuses, troubles mentaux graves, criminalité ) mettait de plus en plus en évidence l'impasse où pouvait mener une approche trop rigide à l'égard des personnes toxicomanes.

L'introduction de l'approche de réduction des méfaits a permis de sortir des querelles idéologiques qui paralysaient souvent les intervenants et les centres de réadaptation et de légitimer des pratiques et des constats qui jusque là avaient été réduits plus ou moins à la clandestinité.

### **L'implantation de l'approche de la réduction des méfaits au Centre Dollard-Cormier**

Le Centre Dollard-Cormier a été créé en 1997 avec la mission d'offrir à l'ensemble de la population de la région de Montréal des services de réadaptation en toxicomanie. Son histoire remonte à l'adoption en 1992 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* par le gouvernement du Québec, qui est venue transformer en profondeur l'organisation des services dans cette province en imposant le regroupement ou la fusion de plusieurs d'entre eux. À Montréal, l'application de cette loi a amené le regroupement de trois centres de réadaptation en toxicomanie : Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine. Ces trois établissements étaient bien ancrés dans la région montréalaise depuis plusieurs années, ils avaient développé leur propre philosophie d'intervention et, en dépit de certains recouvrements, avaient une clientèle et des services qui leur étaient propres. Alternatives se caractérisait par une clientèle plus jeune, consommatrice de drogues illicites, marginale. L'intervention y était faite sans formalisme et les bénévoles y occupaient une place importante. Domrémy-Montréal présentait un visage plus institutionnel et une approche plus professionnalisée. La clientèle y était plus âgée, consommatrice d'alcool autant que de drogues, davantage à l'image de l'ensemble de la population, bien que plus démunie. Le centre Préfontaine avait été créé pour soutenir le réseau des ressources d'hébergement pour les plus démunis par des services de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies, principalement résidentiels. Ce centre s'inscrivait dans le mouvement caritatif à l'origine de ce réseau et sa clientèle était formée de personnes alcooliques itinérantes ou sans domicile fixe, hommes et femmes.

Regrouper ces trois établissements, différents par leur culture, leurs traditions, la formation de leurs employés et leurs clientèles, fut, et demeure encore dans une certaine mesure, un défi difficile. Il importait de réorganiser les services de façon à tirer profit de l'ensemble des expertises développées dans les trois centres tout en minimisant les recoupements et redondances. On devait également proposer des balises cliniques susceptibles de rallier l'ensemble des cliniciens et de permettre l'élaboration d'une identité professionnelle commune.

Pour répondre au défi représenté par la multiplicité des services offerts par les trois centres, le Centre Dollard-Cormier a mis en place une chaîne intégrée de services et programmes. On y trouve, d'une part, des services de base offerts à l'ensemble des personnes qui demandent de l'aide : accueil, évaluation et orientation, groupes offerts à tous en début de démarche ambulatoire, désintoxication, urgence psychosociale disponible tous les jours et 24/24 heures, services résidentiels permettant un retrait temporaire du milieu naturel ou un dépannage en situation de crise. Par ailleurs, un ensemble de programmes spécialisés est offert à tous ceux qui désirent s'engager dans une démarche de réadaptation. Ces programmes sont conçus de façon à répondre aux besoins particuliers d'un ensemble de gens regroupés soit en fonction de l'âge (jeunes, adultes, personnes âgées de plus de 55 ans), soit en fonction de problèmes concomitants (judiciarisation, troubles mentaux, itinérance). Les services sont principalement offerts sur le mode ambulatoire. Notons que le Centre n'offre aucun traitement de substitution à la méthadone, celui-ci étant confié à d'autres organismes : le CRAN (Centre de recherche et d'aide aux narcomanes), dont le rôle dans le développement de ce service à Montréal a été déterminant, et Relais-méthadone, qui offre un traitement à bas seuil. Il importe également de mentionner que les substances le plus souvent reconnues comme problématiques par les personnes qui entreprennent une démarche de réadaptation à Montréal sont l'alcool et la cocaïne, le plus souvent consommées en association avec d'autres drogues telles que le cannabis, les hallucinogènes, le PCP, les tranquillisants mineurs. L'hé-

roïne représente un problème important mais moins répandu. Le Centre offre aussi maintenant, comme les autres centres de réadaptation du Québec, des services aux joueurs excessifs.

En ce qui concerne la philosophie d'intervention, l'approche de réduction des méfaits est rapidement apparue comme un élément rassembleur pour les intervenants des trois centres à l'origine du Centre Dollard-Cormier. Ce dernier en a fait un concept clé dans son plan d'organisation. Sur ce point, il y avait consensus. En adoptant cette orientation, les gestionnaires et les cliniciens du Centre étaient pleinement conscients du fait que l'approche de la réduction des méfaits, développée essentiellement dans le milieu de la santé publique, devait être adaptée au contexte de la réadaptation. Nous avons donc été amenés à définir les balises sur lesquelles devait s'appuyer notre compréhension de ce cadre de référence. Nous citons ici un extrait du plan d'organisation de 1997 qui permet de situer la compréhension que nous avons des enjeux reliés à cette adaptation :

*Ainsi conçu, le paradigme de la réadaptation s'intéresse essentiellement à la relation de l'individu avec les substances psychoactives et aux facteurs qui l'ont amené à perdre sa liberté à l'égard de la consommation de ces substances, dans le but de l'aider à s'affranchir, au moins partiellement, de la dépendance qu'il a développée et à réduire les méfaits induits par la toxicomanie.*

*Dans son acception première, la réduction des méfaits s'intéresse peu à la relation de l'individu à la substance, comme on le fait généralement en réadaptation et ne cherche pas à la modifier. Elle propose d'abord aux usagers des mesures qui lui permettront de réduire l'impact des effets de la consommation (perspective pragmatique). [...] Dans un contexte de réadaptation, la réduction des méfaits doit être interprétée ici comme un **paradigme clinique**. [...] En effet, il faut bien voir qu'il s'applique dans un **milieu de réadaptation**, c'est-à-dire dans un **environnement clinique** dont on attend*

*qu'il contribue significativement à l'émergence de changements durables chez la personne toxicomane. Cet énoncé doit d'ailleurs être lui-même nuancé, en tenant compte du fait qu'une proportion appréciable de la clientèle des centres de réadaptation, particulièrement en ce qui concerne les personnes itinérantes, présente des problèmes multiples et un profil d'inadaptation sévère et persistant. Pour ces personnes, les changements seront le plus souvent modestes et fragiles et la non-détérioration de la situation présente pourra même apparaître comme le seul objectif accessible. (Plan d'organisation du Centre Dollard-Cormier, 1997-2000)*

Malgré cet effort de clarification, les intervenants faisaient encore face à de nombreuses questions et à beaucoup d'ambiguïtés quant au sens des termes utilisés. Cependant, au-delà des mots et des débats autour des modalités d'application de l'approche de réduction des méfaits, il existait bel et bien pour la plupart d'entre nous une volonté réelle de participer à cet effort collectif de santé publique. En effet, il devenait impératif de fournir des services à cette clientèle qui trop souvent ne venait pas en consultation. Nous insistons sur le fait que la réduction des méfaits, par son caractère souple à bas seuil d'exigences, augmenterait la participation des usagers à leur traitement. Cette nouvelle façon de faire nous permettait d'élargir notre modèle de réadaptation en assouplissant nos pratiques. Elle apparaissait particulièrement adaptée à la mission de l'établissement qui venait d'être créé et qui héritait d'une clientèle plus vaste et plus diversifiée. De plus, le ralliement de l'ensemble des intervenants autour de l'approche de réduction des méfaits devenait un facteur susceptible de contribuer significativement au développement d'une nouvelle identité au sein de cet établissement.

### **L'organisation des services et la réduction des méfaits**

L'application de l'approche de réduction des méfaits s'est reflétée de diverses façons dans le développement de la chaîne de services mise en place

au Centre Dollard-Cormier en 1997. Les mesures adoptées s'articulaient particulièrement autour de trois objectifs : augmenter l'accessibilité de nos services, diminuer nos exigences à l'égard de ceux qui demandaient notre aide et augmenter notre action dans la communauté en faveur des personnes toxicomanes.

Les principales mesures pour augmenter l'accessibilité à nos services ont consisté à multiplier les portes d'entrée pour permettre l'accès direct à plusieurs endroits et dans des services souvent requis en début de démarche ou en situation d'urgence, tels que la désintoxication et un hébergement de dépannage, les services aux jeunes, aux itinérants et aux personnes âgées. La création d'un service d'urgence psychosociale en toxicomanie, ouvert 24/24 heures sept jours semaine, mérite une mention spéciale. Nous faisons également du travail de proaction (*reaching out*) pour rejoindre les personnes qui ne s'adressent pas à nous directement pour une demande d'aide.

Nos exigences ont été maintenues au minimum tant en ce qui concerne les critères d'admission à nos services que les objectifs exprimés par les usagers dans leur demande d'aide. Les portes sont ouvertes quels que soient les problèmes associés : troubles mentaux, même graves; risque de suicide; histoire de délinquance; itinérance. Il n'y a pas de limite préétablie en ce qui concerne la durée d'une intervention ni pour ce qui concerne la possibilité d'être réadmis au Centre à de multiples reprises.

Enfin, nous avons créé un service destiné à assurer notre présence et notre action dans la communauté. Cette action peut prendre plusieurs formes : action communautaire au sein de la collectivité pour augmenter sa capacité de se prendre en charge en regard des problèmes liés aux drogues (*empowerment*) et soutien aux organismes sous forme de consultation et de formation pour les aider à mieux composer avec les problèmes de toxicomanie auxquels ils ont à faire face.

## Évaluation de la pertinence du choix de l'approche de réduction des méfaits par le Centre

Depuis 1997, deux exercices importants nous ont permis de réévaluer la pertinence du choix de l'approche de réduction des méfaits. D'abord, la Direction des services professionnels et de la recherche du Centre Dollard-Cormier a tenu en 2000 une journée de consultation sur l'impact de l'approche de réduction des méfaits au sein de l'établissement. Les responsables de chaque programme ou service ont déposé un rapport décrivant de quelle façon son application était possible tout en ciblant les forces et les limites (Lecavalier, M. 2000). En s'appuyant sur les commentaires recueillis, nous pouvons affirmer qu'une très grande majorité du personnel clinique adhère à cette approche. Peu de temps après, le Centre a entrepris un vaste processus de consultation, notamment auprès de son personnel, pour préparer l'adoption d'un nouveau plan d'organisation en 2002. Ces consultations ont permis de confirmer l'adhésion massive des intervenants à l'adoption de l'approche de réduction des méfaits dans la philosophie d'intervention du Centre et ce choix a été entériné par le conseil d'administration. L'exercice a également permis de faire un bilan concernant l'application de cette approche au Centre Dollard-Cormier : c'est le point que nous traiterons maintenant.

Il importe cependant de préciser, avant d'aborder ce point, que l'approche de réduction des méfaits, dans la conception du Centre Dollard-Cormier, traverse l'ensemble des programmes et des services offerts et s'applique à l'ensemble des clientèles qu'elle dessert. Elle est donc comme un élément qui vient teinter l'ensemble de nos interventions même si son application peut varier selon les situations, les individus et leur cheminement personnel. Dans ce sens, notre projet a été, et demeure, de définir une utilisation de la réduction des méfaits spécifique à la réadaptation et non simplement « d'importer » des pratiques développées dans le champ de la santé publique comme, à titre d'exemple, la distribution de seringues. C'est un surcroît de sens qui vient enrichir nos pratiques cliniques et il est intéressant

de noter à cet égard que le Centre Dollard-Cormier a décidé d'intégrer l'approche de réduction des méfaits à sa philosophie d'intervention en dépit du fait qu'il n'offre pas lui-même le traitement de substitution à la méthadone, un des emblèmes de cette approche.

## L'application de l'approche de réduction des méfaits en réadaptation : forces et faiblesses

Au delà de l'adhésion de l'organisation à l'approche de réduction des méfaits, son application concrète dans un contexte de réadaptation continue de susciter des questions et de soulever des débats. Ceux-ci, certainement au Centre Dollard-Cormier mais aussi ailleurs au Québec, se sont concentrées principalement autour deux questions : la façon d'intervenir sur la consommation de substances, d'une part, et, d'autre part, la conciliation du principe de « haute tolérance » (cette expression étant l'équivalent de « bas seuil d'exigence ») avec l'application d'un cadre thérapeutique approprié. C'est pourquoi nous avons choisi de traiter cette section en fonction de ces deux axes principaux.

## Objectifs variés en regard de la consommation

L'une des principales conséquences de l'adhésion à l'approche de réduction des méfaits a été de ne pas imposer aux usagers du Centre un objectif unique, l'abstinence, mais d'accepter qu'ils choisissent des objectifs variés concernant la consommation de substances psychoactives. Cette orientation permet certainement d'accueillir sans discrimination toute personne aux prises avec une consommation problématique de substances, sans égard à ses buts concernant la gestion de cette consommation, mais elle suscite de nombreuses difficultés en ce qui concerne tant l'organisation des services que l'interprétation de la mission de réadaptation du Centre. Ces difficultés sont reliées à plusieurs variables : le niveau de dépendance des usagers; les problèmes associés

à la toxicomanie chez des clientèles particulières; certaines modalités d'intervention et la conciliation de cette approche avec celle de certains de nos partenaires. Mais d'abord, comment les usagers eux-mêmes se situent-ils en regard de la consommation de substances ?

### Objectifs des usagers

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services du Centre Dollard-Cormier, deux sondages (Landry, Mercier, Caron, Beaucage 1997 ; CROP, 2000) ont été réalisés auprès de ses usagers. Au cours de ces exercices, on a porté une attention particulière à l'objectif de notre clientèle en regard de la consommation et des résultats perçus par les usagers eux-mêmes quant à l'atteinte de leur objectif. Dans les deux cas, on a utilisé le même questionnaire de manière à pouvoir comparer les résultats et environ 300 usagers ont été rejoints. Les données nous indiquent que lors du premier exercice (1997), environ 60 % des usagers disaient rechercher l'abstinence de tout produit alors que 40 % affirmaient poursuivre des objectifs différents (abstinence d'un seul produit, diminution de la consommation ou réduction des méfaits qui en découlent). En 2000, la proportion était inversée : 60 % des usagers affirmaient poursuivre des objectifs variés face à la consommation alors que 40 % visaient l'abstinence de tout produit. La diminution du nombre d'usagers visant l'abstinence peut être interprétée de plusieurs façons. La tolérance consentie face aux exigences en regard de la consommation pourrait avoir permis aux usagers d'exprimer sans censure leurs attentes à cet égard. Il est également possible que la clientèle en recherche d'abstinence se soit tournée vers des ressources davantage assimilées à cet objectif.

Une lecture plus raffinée de cette variable pour l'année 2000 nous indique que les objectifs le plus souvent poursuivis par le deuxième groupe (60 % de l'échantillonnage) se modulent ainsi : 27 % des usagers souhaitent le contrôle ou la diminution de leur consommation, 14 % veulent l'arrêt de certains produits, 6 % veulent réduire les conséquences négatives sans changement de leur consommation

et 11 % n'ont pas répondu à cette question. Notons finalement que chez la clientèle du Programme jeunesse (21 ans et moins), l'abstinence demeure un objectif marginal.

### Contrôle et diminution de la consommation en fonction du niveau de dépendance aux substances

Dans un contexte de réadaptation où une amélioration de la situation des usagers concernant leur liberté face à la dépendance est recherchée, comment arrive-t-on à composer avec leurs choix à cet égard ? Dans la pratique, certaines finalités demeurent plus complexes à gérer. Selon les cliniciens, le cannabis et ses dérivés se prêtent plus facilement à une réduction non problématique de la consommation. Cependant, il n'en est pas de même à des niveaux élevés de dépendance à ce produit ou dans le cas d'autres drogues telles que la cocaïne ou l'héroïne. Dans ces situations, le recours à l'approche de réduction des méfaits permettra au clinicien d'utiliser l'objectif exprimé par l'utilisateur comme point de départ du plan d'intervention. Les outils développés selon les approches motivationnelles (Miller, 1989; Prochaska et DiClemente, 1992) et cognitive comportementale (Marlatt et Gordon, 1985; Annis et Davis, 1989) sont particulièrement appropriés dans ces situations. Cela illustre bien la fertilisation croisée qui s'est opérée entre ces approches et la réduction des méfaits. Par ailleurs, nous estimons que près de 75 % de nos usagers qui poursuivent une démarche d'abstinence consomment de nouveau moins d'un an après le traitement. Ces données correspondent à celles fournies par le projet MATCH (Project MATCH Commentaries, 1999), selon lesquelles la proportion d'usagers demeurés abstinentes dans l'année suivant le traitement était d'environ 25 % pour les trois modalités de traitement (cognitif-comportemental, motivationnel et soutien à l'approche des douze étapes). Les résultats indiquent également chez les sujets, dans les trois modalités à l'étude, une diminution de la consommation d'alcool, une augmentation des jours d'abstinence et une baisse de la consommation journalière. Par conséquent, nos stratégies d'intervention doivent tenir compte de

cette réalité : les usagers n'atteignent pas nécessairement leurs objectifs de départ en regard de leur consommation et ces derniers peuvent même être vus comme irréalistes à partir de notre expérience clinique et ce que l'état des connaissances nous révèle. Il n'en reste pas moins qu'il demeure approprié de respecter ces objectifs pour commencer l'intervention. Par ailleurs, il est important de proposer des activités précises qui permettent d'anticiper les situations d'échec en regard de ces objectifs et de développer des stratégies qui permettront de les utiliser pour faire progresser l'usager vers un mieux-être.

### Indications cliniques en regard de clientèles particulières

Au delà des contraintes liées au phénomène même du développement de la dépendance aux drogues, certaines indications cliniques découlent de l'interaction des substances avec d'autres dimensions psychologiques ou sociales de nos usagers.

Ainsi, chez la clientèle qui présente un **tableau de comorbidité (toxicomanie et santé mentale)**, l'abstinence apparaît encore à ce jour comme l'objectif à privilégier. En effet, les cliniciens observent que la pathologie et les « acting out » sont souvent exacerbés avec la prise de drogues. De plus, les psychotropes prescrits pour le traitement de la maladie mentale potentialisent l'effet des autres drogues, ce qui leur permet d'exercer la même action avec des moindres doses. Les troubles mentaux tels que la dépression et la schizophrénie ont aussi par eux-mêmes cet effet de potentialisation. Bien que toute consommation de substances soit contre-indiquée dans ces situations, l'usager pourra poursuivre sa démarche dans les services même s'il continue de consommer et le clinicien proposera des objectifs intermédiaires qui auront pour effet de conduire à une amélioration de son fonctionnement (Duhamel et Lallemand, 2001). Il sera très important pour le clinicien de bien connaître les interactions entre les troubles mentaux, la médication et la consommation de drogues, et d'en informer l'usager pour l'éclairer

dans les choix qu'il fera à cet égard. Une autre voie, explorée à la clinique Cormier-Lafontaine<sup>3</sup>, consiste à rechercher quels sont les médicaments (antipsychotiques et antidépresseurs) les moins nuisibles dans un contexte où la consommation de drogues se poursuit. Une recherche sur l'utilisation de la Quétiapine dans le traitement de la psychose (Roy, Potvin, Stip, Piomelli) est en cours et va dans ce sens.

Par ailleurs, plusieurs usagers n'ont aucune intention de réduire ou modifier leurs habitudes de consommation et leur seule demande est de réduire les dommages liés à leur consommation. Il s'agit souvent de personnes qui ont une très longue histoire de consommation et qui ont adopté le mode de vie de l'itinérance. Pour ces usagers, une modification de leur mode de consommer des substances sera recherchée. Bien entendu, dans la stratégie de lutte contre les maladies infectieuses, l'abandon de l'injection ou l'adoption de modes sécuritaires de s'injecter représentent les formes les plus connues de cette pratique. La substitution d'alcools frelatés par d'autres formes d'alcool dont la fabrication est réglementée en est une autre qui s'impose souvent. Un programme, Itinérance et sans domicile fixe, a développé plusieurs stratégies d'intervention à l'endroit de cette clientèle dans le but d'éviter que sa condition ne se détériore et de lui assurer un minimum de qualité de vie : travail de *reaching out*, distribution de seringues et condoms, suivi dans le milieu. La mise en place d'un service de fiducie, grâce auquel des usagers peuvent confier volontairement la gestion de leurs revenus (le plus souvent, leur chèque d'aide sociale) à un intervenant, apparaît à ce jour comme un levier particulièrement intéressant pour rejoindre cet objectif.

### Conciliation des objectifs variés des usagers en regard de certaines modalités d'intervention

En ce qui concerne l'**intervention en groupe**, il devient difficile, sur le plan clinique, de réunir les personnes qui visent l'abstinence et celles qui souhaitent moduler leur consommation. Le discours

des usagers qui s'écartent de l'abstinence est souvent perçu par ceux qui visent l'abstinence comme la manifestation d'une motivation moins « consistante ». Il peut en résulter, chez les tenants d'objectifs variés, une dévalorisation de leur choix. Par ailleurs, cette cohabitation peut conduire à une démobilisation chez les usagers dont l'objectif demeure l'abstinence : ils risquent de douter de la faisabilité et de la pertinence de leur choix pour se tourner vers des objectifs qui leur apparaissent plus accessibles. Les critiques formulées par les usagers et par plusieurs intervenants nous ont amenés, dans le nouveau plan d'organisation du Centre, à former deux groupes différents de travail sur la consommation : un qui réunit les usagers qui visent l'abstinence et un qui réunit ceux qui poursuivent des objectifs différents à cet égard. Dans toutes les autres activités de groupe, les usagers sont réunis sans tenir compte de leurs objectifs en regard de la consommation de substances.

Les services résidentiels posent également, on le comprendra aisément, des conditions particulières en ce qui concerne la gestion de la consommation. Le soutien à l'arrêt de consommation par un retrait du milieu, bien qu'il ne soit pas le seul objectif visé par la décision d'admettre un usager à l'interne, demeure un objectif central. L'abstinence demeure donc la pierre angulaire sur laquelle repose le cadre thérapeutique. Il n'en reste pas moins que cet objectif n'est pas toujours atteint, surtout dans un contexte où les sorties à l'extérieur sont favorisées pour inciter les résidents à garder contact avec leur milieu naturel et à entreprendre des démarches de réinsertion sociale. L'approche de réduction des méfaits a cependant permis d'assouplir les règles de vie et de réduire l'incohérence entre les règlements et l'expérience de la rechute. Dans cette perspective, la consommation à l'occasion d'un congé devient du matériel clinique intéressant et une source de réajustement des interventions.

### **Collaboration avec les partenaires**

Cette position en regard de la consommation n'est pas sans susciter des inquiétudes, voire de

l'opposition, auprès de certains de nos partenaires. Plusieurs intervenants du milieu de la justice, du milieu scolaire, du milieu du travail ainsi que de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) exigent l'abstinence de toute substance de la part des jeunes ou des adultes qui ont une consommation problématique. Il arrive également que les personnes que ces ressources nous renvoient ne présentent pas d'abus ou de dépendance à des drogues ou à l'alcool. Cette façon de voir peut les amener à juger que notre position est laxiste. Elle risque également de coincer l'utilisateur entre les exigences de ces ressources et l'organisation de nos services. De plus, nous observons parfois le clivage entre « la bonne ressource » qui accepte l'utilisateur un peu de manière inconditionnelle et le partenaire qui exige de lui un plus grand engagement et le respect de règles davantage coercitives.

Face à ce problème, il devient important de multiplier les contacts avec les ressources en cause pour leur expliquer les fondements cliniques sur lesquels s'appuie notre position et éviter que la qualité de notre intervention auprès de nos clients communs ne soit compromise par nos divergences de vue. Il est important que chacun d'entre nous comprenne le rôle de l'autre et devienne capable d'accepter que nos interventions sont complémentaires. Ainsi, les discussions que nous avons eues avec la DPJ a permis à deux groupes d'intervenants de prendre conscience qu'ils étaient exposés à deux faces d'une même réalité, celle des enfants négligés et celle des parents toxicomanes, et que ces derniers, malgré leurs lacunes importantes, pouvaient encore jouer un rôle difficilement remplaçable dans l'éducation de leur enfant (Guyon, De Koninck, Morissette, Ostoj et Marsh 2002).

En conclusion, malgré les difficultés rencontrées dans l'application d'une approche de réduction des méfaits dans ce domaine, tous les intervenants du Centre s'accordent à reconnaître que l'expression véritable de l'objectif lié à la consommation a le mérite de favoriser un discours plus authentique et de mettre en lumière la motivation existante.

## L'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance

Le deuxième grand axe de difficulté touchant l'application de l'approche de réduction des méfaits en réadaptation concerne l'arrimage entre le cadre thérapeutique et la haute tolérance. Bien qu'il n'y ait pas *a priori* d'incompatibilité entre ces deux composantes de l'intervention, elles ont souvent été expérimentées comme difficilement conciliables. On peut sans doute y voir le résultat d'une mauvaise connaissance du véritable sens de ces deux concepts, mais aussi le reflet des différences entre les cultures cliniques et les valeurs des trois centres d'où proviennent les intervenants du Centre Dollard-Cormier. Cette difficulté est liée également en partie aux caractéristiques de la clientèle du Centre.

## La prévalence des troubles de la personnalité chez les usagers des centres de réadaptation et la nécessité d'un cadre d'intervention adapté

Une étude sur la prévalence des troubles de la personnalité chez les usagers qui fréquentent les centres de réadaptation en toxicomanie du Québec (Landry, Nadeau et Racine, 1996) révèle que près de 90 % d'entre eux présentent un trouble de la personnalité. L'évaluation des troubles de la personnalité s'est effectuée avec le *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI II) (Millon, 1983) et celle de la toxicomanie, avec l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998). Les résultats confirment la perception des cliniciens à l'effet que la clientèle du Centre présente fréquemment un double diagnostic toxicomanie - trouble de la personnalité et que l'intervention auprès de ces personnes requiert des habiletés cliniques particulières. En effet, les tableaux cliniques sont complexes, marqués parfois par des épisodes de désorganisations et des crises spectaculaires très souvent exacerbées par la consommation. Pour ces usagers, l'univers relationnel est caractérisé par des relations instables et conflictuelles.

On observe chez plusieurs cliniciens une adhésion marquée à une approche thérapeutique

qui préconise, auprès de cette clientèle, la mise en place d'un cadre ferme et structurant dès le début de la consultation. Dans un article publié dans *Santé mentale au Québec* (Duhamel et Lallemand, 2001), deux cliniciennes du Programme toxicomanie - santé mentale du Centre Dollard-Cormier proposent certaines conduites à tenir chez les usagers présentant un trouble de la personnalité :

*L'objectif est de contrer la perpétuation du « cycle du trouble de la personnalité » où demandeur et dispensateur se retrouvent enchevêtrés dans la confirmation de la pseudo-irresponsabilité et de l'incompétence du premier et divers sentiments contre-transférentiels du second pouvant ultimement mener au rejet ou à une tolérance excessive qui serait tout aussi pernicieuses. (p. 163).*

Ces balises indiquent de manière explicite le ton et les attitudes qui semblent appropriés à la consultation. Le cadre aurait pour fonction de contenir la turbulence émotionnelle (Poirier, 1997) tout en limitant les comportements destructifs qui caractérisent ces usagers. Par conséquent, il faut éviter de répondre de façon précipitée aux demandes. Les problèmes doivent demeurer les leurs car en les déresponsabilisant, on risque d'induire chez-eux un sentiment d'incompétence.

## L'approche humanitaire

La haute tolérance constitue un élément clé de l'approche de réduction des méfaits et s'appuie en grande partie sur des valeurs que l'on pourrait qualifier d'« humanitaires ». On trouve, dans le milieu des ressources d'aide en toxicomanie, une structure de prise en charge caractérisée par une disponibilité sans limite qui tire ses racines des mouvements caritatifs qui se sont occupés des clochards et des itinérants. Cette approche s'appuie également sur une idéologie de gauche, socialiste et égalitaire, qui a largement inspiré le mouvement communautaire ayant pris naissance dans les années 60. On trouve dans cette approche une plus grande proximité de l'être souffrant, l'investissement personnel est plus

grand. On parle pratiquement de « vocation », de don à l'autre.

Ce cadre de référence propose que l'organisation de services soit souple et basée sur la tolérance. Il nous incite à accueillir sans restriction toute personne toxicomane qui en fait la demande. La structure doit donc s'adapter à la clientèle et non l'inverse. La nature de l'encadrement et les exigences peuvent aussi varier en fonction des besoins et des objectifs. En début de démarche, le cadre sera mis en veilleuse au profit de l'acceptation et du développement de l'alliance thérapeutique. On craint que la mise en place d'un cadre ferme et structurant ne décourage les usagers à poursuivre une démarche, aussi minime soit-elle. Par ailleurs, au fur et à mesure de l'évolution de la démarche, une gradation dans les exigences et l'engagement pourrait être introduite. Il est également primordial, pour les tenants de cette approche, de répondre à la demande dès qu'elle s'exprime.

### **La conciliation entre la haute tolérance et le cadre**

Dans la pratique, les deux tendances cohabitent au sein de l'établissement. Devant ce constat, il devient légitime de se demander comment nous arrivons à les harmoniser. Certains programmes et services du Centre Dollard-Cormier privilégient la haute tolérance et l'ouverture alors que d'autres mettent davantage l'accent sur le cadre thérapeutique. Nous pourrions affirmer que les services qui reçoivent la clientèle en début de démarche sont plus proches des éléments clés qui sous-tendent l'approche de réduction des méfaits.

L'expérience acquise au cours des dernières années nous amène cependant à nous repositionner relativement à certaines difficultés rencontrées au sein des programmes qui sont plus proches d'une attitude de haute tolérance et qui desservent des populations plus détériorées. Nous assistons à des manifestations de débordement de la clientèle. Plus spécifiquement, la tolérance et la souplesse consenties en début de démarche entraînent des dérapages significatifs pouvant se manifester, notamment, par

des menaces de gestes suicidaires ou des comportements revendicateurs ou violents. En outre, les intervenants impliqués auprès de ces usagers ressentent un vif sentiment d'essoufflement et d'impuissance à pouvoir leur venir en aide. Cet état de fait impose un réajustement du plan d'intervention qui conduit parfois à un transfert d'intervenant, ou à la limite à une interruption temporaire des services. Les équipes craignent alors, à juste titre, de faire revivre à ces usagers une situation de rejet et d'échec qui s'ajoutera à toutes celles qu'ils ont vécues auparavant.

Les cliniciens favorables à la mise en place d'un cadre ferme et structurant émettent certaines réserves en regard de l'approche de haute tolérance observant que cette façon de faire s'avère moins performante à long terme. Ils soutiennent en effet que la rétention en traitement ne conduit pas toujours à une amélioration du tableau clinique. De fait, nous avons pu constater que, dans certains cas, l'imposition de limites franches a donné des résultats positifs.

Faut-il trancher entre ces deux tendances et en choisir une au détriment de l'autre ? Il nous apparaît plutôt que leur coexistence constitue une richesse pour l'organisation et les usagers du Centre si nous apprenons à tirer parti des forces que chacune d'entre elles présente. Cette fertilisation croisée pourrait nous aider à nous prémunir contre deux tentations. La première serait de se retrancher derrière l'application rigide d'un cadre thérapeutique pour se protéger contre une clientèle très exigeante et avec laquelle les changements se font attendre, induisant ainsi un sentiment d'échec difficile à supporter. La seconde tentation est de se laisser submerger par la souffrance de l'autre au point de ne plus être capable de prendre la distance nécessaire pour évaluer ce qui est véritablement aidant à plus long terme.

Exprimé d'une autre façon, on peut souhaiter que les attitudes de disponibilité, de compassion et de parti pris pour les plus démunis issues d'une approche humanitaire se combinent à la rigueur fondée sur les connaissances scientifiques et au savoir-faire clinique apportés par la formation professionnelle.

## Conclusion

Au Québec, à la fin des années 80, l'approche de réduction des méfaits s'est conjuguée à d'autres courants qui avaient déjà commencé à y exercer leur influence pour provoquer une profonde remise en question de la philosophie de traitement et des méthodes d'intervention qui avaient cours dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. L'adoption de l'approche de réduction des méfaits dans la philosophie d'intervention du Centre Dollard-Cormier en 1997 s'inscrit dans ce mouvement, en continuité avec ce qui avait été amorcé à cet égard dans les trois établissements fondateurs : Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine. Bien que l'application et la compréhension de l'approche de réduction des méfaits aient varié considérablement dans chacune de ces organisations, elle a constitué un point de ralliement pour l'ensemble des intervenants du nouveau Centre en leur permettant de disposer d'un langage commun, un langage dont le sens devrait être harmonisé au cours des années à venir pour être compris par tous de la même façon. Au delà de ces différences de compréhension, en effet, l'approche de réduction des méfaits, particulièrement à travers l'expression « haute tolérance », devenait une invitation constante à l'adoption de valeurs telles que la flexibilité, l'accessibilité, l'acceptation de toutes les personnes qui demandent de l'aide, quels que soient leurs motifs et la précarité de leur situation.

Dans les faits, il s'est avéré, et cette constante s'est maintenue depuis 1997, que l'ensemble des cliniciens du Centre Dollard-Cormier adhère à cette philosophie d'intervention. Bien que cette approche soit appliquée sous des formes diverses et à intensité variable à travers la chaîne des programmes et services, les intervenants maintiennent que cette approche est souhaitable voire même recherchée en ce qu'elle permet de mieux s'ajuster à la complexité des demandes et des dynamiques en cause. Les intervenants mentionnent que cette philosophie d'intervention réduit la coercition et l'incohérence dans les étapes de la réadaptation en proposant une hiérarchisation dans les objectifs à atteindre.

Il est souligné également que les services dispensés doivent s'ajuster à la clientèle et non l'inverse. La reconnaissance d'objectifs variés en regard de la consommation est sans contredit un des éléments positifs à maintenir.

Il faut néanmoins garder en perspective la mission de réadaptation dans laquelle s'inscrit l'application de cette approche et en tirer le meilleur parti possible dans ce contexte particulier. Les enseignements des cinq dernières années nous sont précieux à cet égard. D'abord, nous devons éviter de sous-estimer les aspirations profondes de nos usagers à des changements qui ne se limitent pas à une quelconque loi du moindre mal. L'étude de Racine et Mercier (1995) auprès de personnes toxicomanes sans abris est très révélatrice à cet égard. Nous sommes d'avis qu'une partie importante de notre clientèle poursuit des objectifs de modification de leur consommation qui vont au-delà de la réduction des méfaits et qu'ils sont prêts à remettre en question plusieurs éléments de leur vie dans la perspective d'un mieux être. Pour ces personnes, la dépendance est un mal en soi dont elles souhaitent se libérer.

Nous avons également appris que « haute tolérance » ne signifie pas abandon de toute exigence et que l'installation d'un cadre devient nécessaire non seulement pour assurer la sécurité des autres usagers et du personnel mais aussi pour établir un contexte clinique propice au changement et, dans plusieurs situations, éviter d'exacerber la pathologie. Une attitude de surprotection induite par la détresse de l'autre est aussi inappropriée que la rigidité excessive provoquée par l'insécurité et le sentiment d'impuissance que nous éprouvons souvent face à l'accumulation de situations difficiles présentées par nos usagers. Nous avons encore beaucoup à apprendre pour déterminer comment doser convenablement l'acceptation inconditionnelle et l'imposition de limites et, après plus de cinq ans d'implantation, nous poursuivons notre réflexion afin de mieux harmoniser les impératifs du cadre thérapeutique, du niveau de motivation en présence et de cette nouvelle façon de faire. Nous devons en plus nous ajuster aux profils

variés de notre clientèle, ce qui constitue un défi de tout instant.

En résumé, si l'approche de réduction des méfaits nous a appris à accepter toute amélioration de la situation des personnes toxicomanes comme un résultat légitime et valable en soi, notre mission de réadaptation nous invite à ne pas perdre de vue l'objectif qu'un grand nombre parmi eux poursuit néanmoins : arriver à se libérer de leur dépendance à ces substances, par l'abstinence ou autrement, et retrouver la maîtrise de leur vie.

## Références

- Annis, H. M., Davis, C.S. (1989). Relapse prevention. Dans K. Reid, Hester et William R. Miller (Éds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* ( 11) : 170-182. Pergamon Press, Inc.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT In L.Guyon, M. Landry, S. Brochu & J. Bergeron (Éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'ASI/IGT*. Québec. Les Presses de l'Université Laval/De Boeck : 31-46.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : Sources, situation, pratiques*. Gouvernement du Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Centre Dollard-Cormier (1997). *Plan d'organisation : avril 1997-avril 2000*. Montréal
- Centre Dollard-Cormier (2002). *Plan d'organisation : 2002-2005*. Montréal
- CROP Recherche marketing sondages d'opinion (2000). *La satisfaction et les changements perçus chez les usagers du Centre Dollard-Cormier*. Rapport final. Montréal
- Duhamel, D., Lallemand, V. (2001). Toxicomanie et trouble de la personnalité : réflexion sur le traitement. *Santé mentale au Québec*. XXVI, 2 : 157-178
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille «recréée». *Drogues, Santé et Société*, 1 (1) : 37-63.
- Landry, M., Nadeau, L., Racine, S. (1996). *Prévalence des Troubles de la Personnalité dans les Centres de Réadaptation du Québec*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.
- Landry, M., Mercier, C., Caron, A., Beaucage, B. (1997). *La satisfaction et le changement perçu chez les usagers du Centre Dollard-Cormier*. Rapport déposé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Lecavalier, M. (2000). *La réduction des méfaits synthèse des programmes et services document interne*, Montréal.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention*. New York : Guilford.
- McLellan, A. T. (1981). *Matching patient need and treatment methods in alcoholism and drug abuse*, Springfield : Thomas 1981.
- Miller, W. R. (1989). Increasing motivation for change. In W.R. Miller and R.K. Hester (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches : Effective alternatives* : 67-80. Emsford, NY : Pergamon.
- Millon, T. (1983). *Millon Multiaxial Clinical Inventory*. Minneapolis, (MN) : National Computer System.
- Negrete, J.-C. (2001). Harm Reduction: Quo Vadis ? *Addiction*, 96 : 543-545.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York: Springer.
- Poirier, M. (1997). Psychothérapie du client limite : une analyse de l'approche de Masterson. *Revue québécoise de psychologie*, 18, (1), 115-149
- Polich, J.M., Armor, D.J., Braiker, H.B. (1980). *The course of alcoholism: Four years after treatment* (R-2433-NIAAA). Santa Monica, California : The Rand Corporation.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen, M., Eisler, R.M. et Miller, P.M. (Eds.) *Progress in behavior modification*. NY: Psycamore.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 : 276-288.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* (58) : 7-9.
- Projet MACH Commentaries (1999). Comments on Projet Match: matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction* 94 (1) : 31-69
- Racine, G., Mercier, C. (1995). Histoire(s) de s'en sortir : propos de personnes toxicomanes sans abris in *Psychotropes : revue internationale des toxicomanies*, 1 (1) : 21-44

- Riley, D. (1993). *Le modèle de réduction des méfaits : Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa.
- Rossi, J.J. et W.-J.-C. Filstead (1976). «Treating» the treatment issues : Some general observations about the treatment of alcoholism. In Filstead, W.J., Rossi, J.J. & Keller, M. (Eds). *Alcohol and alcohol problems : new thinking and new directions*. Cambridge: Ballinger publishing company : 193-227.
- Roy, J.-Y., Potvin, S., Stip, E., Piomelli, D. (projet de recherche en cours). *The Impact of Qetiapine on the drug abuse pattern of addicted schizophrenic patients*.
- Sells, S.B., Simpson, D.D. (1980). The case for drug abuse effectiveness based on the DARP research program. *British Journal of Addictions*, 75 (2): 117-131.
- Simpson D. D. (1997). Effectiveness of drug abuse treatment: a review of research from field settings. In: Egerstson, J., Fox, D., Leshner, A. (Eds.) *Treating drug Abusers Effectively*. Blackwell, Oxford.
- Wieviorka, S. (1996). *La réduction des risques*. Toxibase, Lyon

## Notes

- 1 Dans le contexte de cette citation, on parle du SIDA.
- 2 Au Québec, lire « réduction des méfaits ».
- 3 La clinique Cormier-Lafontaine est un service ultraspécialisé créé en 2001 pour aider les personnes qui présentent à la fois des troubles mentaux graves et une dépendance à des substances psychoactives. Ce service est sous la responsabilité de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et du Centre Dollard-Cormier.