

UNE DÉPOLITISATION HYGIÉNIQUE : LES LIEUX D'INJECTION DE DROGUES ILLICITES COMME STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Nicolas Carrier

Médecine & Hygiène | « Déviance et Société »

2003/1 Vol. 27 | pages 59 à 76

ISSN 0378-7931

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2003-1-page-59.htm>

!Pour citer cet article :

Nicolas Carrier, « Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits », *Déviance et Société* 2003/1 (Vol. 27), p. 59-76.

DOI 10.3917/ds.271.0059

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

UNE DÉPOLITISATION HYGIÉNIQUE : LES LIEUX D'INJECTION DE DROGUES ILLICITES COMME STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS*

Nicolas Carrier**

Au Canada, depuis la fin des années 1990, la mise en place de lieux où il serait possible de s'injecter des drogues interdites sans craindre d'autre intervention étatique que le contrôle médical est revendiquée par plusieurs acteurs sociaux. Le fait qu'il n'aura fallu que quelques années pour que cette stratégie de « réduction des méfaits » soit envisagée politiquement dans un Canada pourtant toujours attaché à son régime prohibitif appelle une interprétation sociologique. Examinant les motifs utilisés pour justifier la mise en place éventuelle de tels lieux par les acteurs des champs universitaire, journalistique et politique, on constate que ces motifs prennent pour axe majeur la dimension socio-sanitaire de l'usage. Une dépolitisation hygiénique : la tension prohibition-légalisation a disparue.

MOTS-CLÉS: DROGUES – INJECTION – PROHIBITION – RÉDUCTION DES MÉFAITS – LÉGALISATION – POLITIQUE – CANADA

La principale force productive, c'est-à-dire le progrès scientifique et technique une fois pris en main, est devenue elle-même un principe de légitimation. Cette nouvelle forme de légitimation n'a plus, à vrai dire, la forme ancienne de l'idéologie. (...) [L]a nouvelle idéologie se distingue de celles qui sont plus anciennes en ce qu'elle 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; en ce sens, elle les dépolitise et, au lieu de cela, les ramène aux fonctions d'un système subordonné d'activité rationnelle par rapport à une fin.

(Habermas, 1968, 55; 57)

Trois mots pour être entendu en parlant des mauvaises drogues

En sol canadien, comme d'ailleurs dans bien d'autres espaces politiques, un nombre croissant d'acteurs de champs variés professent, avec un succès remarqué, que la Terre promise du monde sans drogues (illicites) est un ailleurs qui n'existe pas, ou du moins que les

* Je tiens à remercier les membres du Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes, particulièrement Pierre Lauzon, pour m'avoir donné la possibilité de travailler sur les lieux d'injection de drogues illicites en étant à la fois payé et libre. Les riches commentaires de Marie-Andrée Bertrand m'ont permis, comme toujours, de clarifier ma pensée. Je remercie aussi Bastien Quirion et Céline Bellot pour leurs remarques importantes sur les premières versions du texte et pour les chaudes discussions sur les drogues et la pratique sociologique.

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

extraordinaires moyens¹ qui ont été alloués à la recherche de cette utopie laissent toujours les Canadiens déboussolés devant les réalités du monde terrestre. Le prohibitionnisme est certes l'objet de contestations dans la perspective d'une refonte de la Politique des drogues. Il l'est notamment par le biais de publications universitaires critiques et à travers la tenue d'une commission sénatoriale spéciale (Lauzon, 2000) ayant le mandat de réexaminer la Politique. Mais la trajectoire des communications adoptant cette posture éthico-politique est bien circulaire, du moins au Canada. Les événements discursifs du champ académique qui sont réécrits et rendus accessibles comme textes (écrits, audio-visuels ou radiophoniques) par leur médiatisation se structurent effectivement très peu autour de la tension prohibition/légalisation, et virtuellement jamais ne prennent-ils pour objet le droit de l'État de punir les personnes consommant d'autres drogues que celles que nous vendent l'État, les pharmaciens et les épiciers. Il semble que pour être entendu il faille être à la mode et prononcer – peu importe ce que cela signifie – *réduction des méfaits*².

Un succès communicationnel à interpréter

La « nouvelle » stratégie qui opérationnalise ces trois mots et dont on fait la promotion en sol canadien depuis la fin des années 1990 nous vient d'Europe. Il s'agit des lieux d'injection de drogues illicites (LIDI), qui sont désignés dans la littérature par *Safe Injection Facilities*, *Safe Injection Rooms*, *Supervised Injection Facilities*, *Drug Injecting Rooms* ou *Drug Consumption Rooms*³. Les LIDI sont des espaces où, sous supervision médicale, les personnes peuvent s'injecter des substances comme l'héroïne et la cocaïne (achetées sur le marché noir) sans être embarrassées par les policiers (mais peut-être par des intervenants). Signe de l'attrait qu'exerce cette nouveauté en sol canadien, dès le début du siècle un comité consultatif fédéral-provincial (Comité consultatif sur la santé de la population, 2001) proposait que soit envisagée la mise en place de LIDI, à titre expérimental, dans les centres urbains de Toronto, Vancouver et Montréal. Deux projets pilotes de LIDI ont été présentés aux acteurs politiques, à Vancouver (Kerr, 2000) et à Montréal (Carrier, 2001). Comment expliquer cet attrait ? Comment expliquer qu'il soit jugé politiquement envisageable d'implanter des LIDI dans un Canada toujours attaché à la prohibition ?

Je vous propose d'abord d'explicitier la construction de la pertinence des LIDI réalisée dans la tour d'ivoire universitaire pour ensuite en montrer la retranscription médiatique et, tant que faire se peut, l'appropriation politique. Cela permettra de dégager les *vocabulaires de motifs* (Mills, 1940) mis de l'avant dans la promotion de cette nouvelle mesure de

¹ Notamment, dans le cas du Canada qui m'intéresse ici, la punition des consommateurs et des vendeurs par des peines d'incarcération allant jusqu'à 14 ans et la violation des droits et libertés des suspects par le biais de fouilles et de perquisitions cautionnées par les gouvernants (Giffen, Endicott, Lambert, 1991).

² Problème sémantique : l'expression *réduction des risques* est aussi utilisée en français, les Anglais sont plus efficaces et n'ont besoin que des deux mots *harm reduction*. J'entendrai ici par *réduction des méfaits* un ensemble discursif portant sur une stratégie d'intervention qui, sur la base d'une prétention a-normative, fait de l'usage des drogues illicites un donné qu'il faut gérer en tentant de réduire les méfaits pouvant en découler pour la personne consommatrice comme pour la collectivité. C'est-à-dire en tentant de réduire les conséquences jugées indésirables qui sont associées à l'usage sans nécessairement mettre fin à cet usage. Pour des exemples de l'usage de *réduction des méfaits* au Canada voir Rozier, Vanasse, 2000 ; Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999 ; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1998 ; Brisson, 1997, 1995 ; Riley, 1998, 1994.

³ Les écrits sur les LIDI sont essentiellement en langue allemande et néerlandaise, bien que des écrits anglophones se développent. Les textes de langue française sont pratiquement inexistantes.

réduction des méfaits afin de proposer une interprétation du succès rapide de cette mesure comme stratégie d'intervention sociale politiquement envisagée⁴. Dans sa sociologie d'inspiration weberienne, Mills précise que l'imputation de motifs n'est jamais pure expression linguistique de l'expérience de l'action sociale et de ses *raisons*. Elle est surtout, suggère-t-il, auto- et hétéro-influence en acte (1940, 444 ; voir aussi 1939, 432-434 ; 1959, 405-406). C'est dans la perspective d'une tentative d'établir comme « évidents » les motifs de l'implantation de LIDI comme réponse aux *méfaits* de l'usage de drogues illícites par voie intraveineuse que je me propose de lire les objectifs prêtés à la mise en place de LIDI. L'ensemble des textes académiques portant sur les LIDI qui ont été recensés ont été lus dans cette perspective. L'examen de la retranscription médiatique repose sur une analyse des articles parus dans des quotidiens canadiens⁵ au lendemain de deux « événements médiatiques » particuliers liés aux projets de LIDI, dont il sera fait état plus loin. Enfin, l'analyse de l'appropriation politique repose sur l'étude du document produit par le comité consultatif fédéral-provincial précité. Avant d'examiner l'énonciation des motifs légitimant les projets de LIDI au Canada dans ces trois champs discursifs, je ferai une brève présentation des LIDI sur la scène internationale, sur l'expérience desquels se fondent en partie les projets canadiens.

Petit bottin des lieux où l'on peut se shooter en paix en territoires prohibitionnistes

Allemagne

Des LIDI informels ont été mis en place à Bonn et à Brême dès 1987, à la suite des premières initiatives suisses (Victoria Drug Policy Expert Committee, 2000a). Officiellement, le premier LIDI allemand a été ouvert en 1994 à Francfort, qui compte aujourd'hui 5 sites en opération (Lindesmith Center, 1999). En 1995, alors que la ville comptait 3 sites, Kemmesies (1995), notait que pour être légaux, les LIDI devaient interdire le trafic des drogues à l'intérieur (ce qui inclut le don) et obliger les usagers à faire la preuve qu'ils ont plus de 17 ans et qu'ils ne suivent pas de traitement de substitution. En fait, les LIDI violaient alors le cadre légal et le gouvernement municipal s'est clairement positionné contre le gouvernement de l'État en donnant son aval à la mise en place de LIDI illégaux⁶. Ce n'est qu'en 1999 que des amendements législatifs sont venus régulariser le statut des LIDI⁷. On compte actuellement 13 sites officiels en Allemagne répartis dans les villes de

⁴ Au moment d'écrire ce texte, aucun LIDI n'est en opération au Canada.

⁵ Les quotidiens dont les articles ont été l'objet d'analyse sont les suivants : *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Soleil*, *Vancouver Sun*, *Globe and Mail*, *Winnipeg Sun* et *Edmonton Sun*.

⁶ Voir à ce sujet Fischer (1995), et Kemmesies (1995), et, parallèlement, l'excellente étude de Cattacin, Lucas, Vetter (1996). Francfort fut notamment le lieu de la signature, en 1990, de la résolution relativement libérale des *European Cities on Drug Policy*, la *Résolution de Francfort*, dans laquelle les villes signataires, aujourd'hui au nombre de 34, reconnaissent notamment qu'une politique des drogues cherchant à contrer la toxicomanie par les moyens traditionnels que sont les appareils pénaux et la quête de l'abstinence ne fonctionne pas. Les signataires concluent, entre autres choses, que des lieux permettant la consommation de substances interdites devraient être mis en place et que les consommateurs des drogues prohibées par les États occidentaux ne devraient pas être punis pour l'achat, la possession ou la consommation de petites quantités des produits visés par les lois.

⁷ Nickels (2000), Bundesministerium für Gesundheit, s.d. ; le cadre légal actuel rend notamment obligatoire que tous les LIDI offrent la possibilité aux usagers de recevoir un *medical counselling* et que soit tenu un registre de ceux-ci. Les amendements de 1999 visaient par ailleurs à protéger légalement les employé(e)s des LIDI.

Francfort, Hanovre, Brême, Hambourg et Saarbrücken (Dolan *et al.*, 2000, Victoria Drug Policy Expert Committee, 2000a). Les villes de Dortmund et Karlsruhe envisageraient la mise en place de LIDI (ECDP, 1998b).

Angleterre

À la fin des années 1960 et jusqu'au début des années 1970, plusieurs cliniques médicales et centres de jours londoniens étaient dotés de salles où les usagers de drogues illécitales avaient la possibilité de s'injecter en toute quiétude mais sous contrôle médical (Strang, 1993)⁸. Il n'existe aucun LIDI officiel actuellement.

Australie

Le seul LIDI australien est entré en opération à Sydney le 6 mai 2001. Il s'agit d'un projet pilote d'une durée de 18 mois dont la mise en place fait suite à des combats politiques et des contestations légales s'échelonnant sur deux ans (DRCNet, 2001, International Herald Tribune, 2001)⁹. Le LIDI a aujourd'hui l'appui du gouvernement de l'État (Nouvelle-Galles du Sud). En 2000, le Victoria Drug Policy Expert Committee (2000a, 2000b) avait recommandé à l'État de Victoria de mettre en place des projets pilotes de LIDI dans certaines villes, notamment Melbourne. Toutefois, la Chambre Haute du Parlement rejeta le projet de loi qui eut permis l'implantation de LIDI légaux.

Pays-Bas

Des LIDI ont été mis en place à la fin des années 1970 à Amsterdam et furent en opération jusqu'en 1986¹⁰. Au milieu des années 1980 les résidents se mobilisent contre ces lieux et certains vont même jusqu'à incendier un ; les autorités en justifiaient la fermeture en affirmant qu'ils attiraient des vendeurs et consommateurs de l'extérieur et créaient des nuisances dans les environs (Trautman, 2000 ; de Jong, Weber, 1999 ; Brisson, 1997). Les premiers moments du LIDI à Rotterdam furent également problématiques (violence entre usagers et dans les environs, nuisances, afflux de touristes-consommateurs) et menèrent à la fermeture du site.

⁸ À ma connaissance, le moment, le comment et le pourquoi de la fermeture de ces LIDI ne sont pas documentés.

⁹ Le LIDI a pu ouvrir ses portes une fois que la *Australian Supreme Court* ait rejeté la demande de la Chambre de commerce du quartier qui contestait la légalité du LIDI et sa localisation. Devant les délais occasionnés par ces débats, certains acteurs avaient mis en place, en 1999, une *Tolerance Room* non-officielle qui fut l'objet de perquisitions policières. Par ailleurs, quelques mois après l'ouverture du LIDI australien, ses représentants questionnaient la légalité de la présence d'une caméra de surveillance, pointée vers l'entrée du site depuis un commerce adjacent, en raison de l'intimidation vécue par les usagers (*Daily Telegraph*, 2001 ; *Sydney Morning Herald*, 2001).

¹⁰ La mise en place de ces LIDI était la *conséquence logique* (Trautman, 2000) du virage politique de l'époque en matière de drogues illicites. À l'époque où la majorité des pays occidentaux mettent en place des commissions d'enquête devant la massification de l'usage de drogues prohibées, la Hollande est le seul pays à donner suite à leurs recommandations (le Rapport Hulsman et le Rapport Baan), alors que les autres pays, dont le Canada, poursuivent la logique répressive et la quête d'abstinence (voir à ce sujet Bertrand, 2000 ; Hulsman, van Ransbeek, 1983). Les Pays-Bas, dans ce virage des années 1970 dont les LIDI ne sont qu'un symptôme, tentent de construire l'intervention étatique à l'endroit des usagers de drogues illicites dans une optique de normalisation, plutôt que d'exclusion par l'incarcération ou la cure. Pour Nadelmann, McNeely, Drucker, 1997, c'est dans cette redéfinition de la politique hollandaise qu'émergent les premiers concepts contemporains de réduction des méfaits.

C'est en 1996 que les autorités d'Amsterdam et de Rotterdam réitérent leur appui aux LIDI (bien que des sites non-officiels soient en opération depuis la fermeture des sites ayant l'appui des élus). Également en 1996, le procureur du ministère de la Justice déclarait que la possession de drogues illicites était officiellement tolérée dans les sites (Trautman, 2000). Au début de l'an 2000 on comptait 16 LIDI officiels répartis dans les villes de Arnhem, Rotterdam, Maastricht, Amsterdam, Apeldoorn, Heerlen, Venlo, Den Bosch et Eindhoven. On prévoit d'ouvrir des LIDI dans les villes de Groningen, Roermond et Utrecht, et des sites non-officiels sont tolérés dans plusieurs villes (Dolan *et al.*, 2000). Dans la plupart des sites hollandais, une pièce est également disponible pour les usagers qui consomment par inhalation (*Chasing the Dragon*, crack).

Suisse

Le premier LIDI helvétique a été mis en place à Berne en 1986¹¹. 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, ce qui aura pour conséquence de forcer les autorités locales à refondre l'organisation et la logique des services offerts aux consommateurs¹². Car, en Suisse comme ailleurs, les interventions policières visant à «nettoyer» certains secteurs où le commerce et la consommation de drogues illicites sont visibles n'ont finalement qu'un effet de déplacement¹³ – bien qu'elles puissent évidemment avoir des retombées politiques et symboliques¹⁴.

Les LIDI en Suisse se développeront dans l'esprit de la politique nationale des drogues de 1987, qui introduit la notion de *Ueberlebenshilfe*, qui signifie aide ou intervention afin de rendre la survie possible. Cette notion est reprise ailleurs, notamment en Allemagne, simplement comme *aide à la survie* (Swiss Federal Office of Public Health, 1999; Morales, Morel, 1998; Müller, Fahrenkrug, 1995; Klingemann, 1995; Bundesministerium für Gesundheit, s.d.). En 2000, on comptait 17 LIDI officiels en Suisse, répartis dans les villes de Basel, Berne, Olten, Schaffhausen, Watil, Wil, Solothum, St.Gallen, Zurich, Winterthur et Chur.

¹¹ de Jong, Weber (1999), affirment qu'un LIDI officiel a été en opération à Zurich dès 1981, contrairement à Dolan *et al.*, 2000; Victoria Drug Expert Committee, 2000a; Dolan, Wodak, 1996; Haemming, 1992; Brisson (1997), qui identifie le LIDI de Berne comme la première initiative suisse en la matière. Voir Haemming, 1992, pour le récit de l'ouverture difficile du site à Berne.

¹² La situation actuelle dans le Downtown East Side de Vancouver, où des acteurs de champs de plus en plus divers (police, avocats, juges, intervenants, résidents, politiciens) réclament l'ouverture de LIDI, peut être perçue comme le versant canadien des scènes ouvertes de la Suisse et de certaines villes allemandes des années 1990 (MacPherson, 2000; Kerr, 2000). À Montréal, le Carré Viger est considéré par plusieurs usagers comme le *Needle Park* de la métropole. Pour un commentaire sur la scène ouverte de Zurich voir Huber, 1994, également Hausser, Kuebler, 1995.

¹³ Cet effet de déplacement est bien établi entre autres par Greene, 1995; Gaines, Kappeler, Vaughn, 1994; Kinlock, 1994; Weisburd *et al.*, 1994; Fraser, George, 1992.

¹⁴ Voir notamment à ce sujet Lyons, 1999; Grinc, 1994; Beckett, 1994; Goldstein, 1993; Monjardet, 1987; Christensen, Schmidt, Henderson, 1982.

Les vocabulaires de motifs énoncés par les acteurs du champ académique

Dans ce qui précède, j'ai relevé quelques-unes des formes que prennent les vocabulaires de motifs dans les discours sur l'implantation de LIDI. En voici maintenant un portrait plus complet.

Réduire les problèmes de santé pouvant découler de la pratique d'injection chez les consommateurs

L'objectif évoqué le plus fréquemment dans la littérature est la réduction des problèmes de santé pouvant découler de la pratique d'injection chez les consommateurs (Kerr, 2000; Fry, Testro, 2000; de Jong, Weber, 1999; Dolan, Wodak, 1996; Hartnoll, Hedrich, 1996; Kemmesies, 1995; Haemming, 1992). On visera ainsi à réduire le développement d'abcès, d'endocardites et d'autres problèmes de santé pouvant résulter de l'injection de drogues illicites lorsque celle-ci se déroule dans un cadre non-hygiénique. Le VIH ainsi que les autres virus transmissibles par le sang sont également de possibles conséquences de la pratique d'injection dont on veut limiter l'incidence par la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites. Nombre d'études épidémiologiques sont alors appelées en renfort pour montrer qu'une proportion importante des personnes qui consomment par voie intraveineuse est atteinte de tels virus. Les moyens mis en place pour atteindre cet objectif sont la création de milieux hygiéniques, la supervision médicale, la fourniture de matériel d'injection stérile, la promotion de pratiques d'injection sécuritaires et l'éducation sur les risques que pose l'échange de seringues (Fry, Testro; 2000, Haemming, 1992)¹⁵. Micalfeff, 1998, fait valoir la nécessité de la mise en place de LIDI en affirmant que malgré l'existence de programmes d'échanges de seringues, ceux-ci ne peuvent permettre aux consommateurs les moins nantis d'avoir accès à un lieu privé et propre pour s'injecter. Enfin, en assurant la présence de personnels qualifiés en matière de réanimation artificielle, les LIDI auraient également pour objectif de diminuer l'incidence des morts par surdoses chez les consommateurs de drogues illicites par voie intraveineuse¹⁶.

Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse dans les lieux publics et semi-publics

Plusieurs auteurs voient dans la mise en place de LIDI un moyen de réduire les nuisances associées à l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse dans les lieux publics et semi-publics (Fry, Testro, 2000; Kerr, 2000; MacPherson, 2000; de Jong, Weber, 1999; Dolan, Wodak, 1996; Kemmesies, 1995). La possibilité qu'ont les consommateurs d'utiliser un LIDI dans les villes où de tels services leur sont offerts aurait pour effet souhaité la réduction de la fréquence de la pratique d'injection hors des lieux privés, donc la réduction

¹⁵ Sur les risques de transmission de maladies virales dans la pratique d'injection sans échange de seringue, voir l'étude ethnographique de Koester, 1996.

¹⁶ Fry, Testro, 2000; Kerr, 2000; MacPherson, 2000; Dolan, Wodak, 1996; Kemmesies, 1995. Kemmesies, 1995, note avec justesse que plusieurs surdoses sont attribuables au contexte prohibitionniste dans lequel s'inscrit l'usage actuellement. Donc la mise en place de LIDI peut être un moyen efficace pour limiter les conséquences des surdoses chez les usagers de ces services, mais ne peut pas être un moyen efficace pour réduire l'incidence des surdoses dans le cadre socio-juridique prohibitionniste, qui rend impossible tout contrôle de la qualité et de la pureté des produits. Voir au sujet de ces effets pervers du prohibitionnisme notamment Beauchesne, 1997, 1991; Nadelmann, 1998, 1992; Brochu, 1995b; Erickson, 1990; Bertrand, 1988.

de la visibilité de l'usage. Kemmesies (1995), comme d'ailleurs certains acteurs demandant la mise en place de LIDI à Vancouver (Sandler, 2001; Kerr, 2000; MacPherson, 2000), suggèrent que les LIDI visent également la réduction de la criminalité¹⁷. Outre la présence visible de certains consommateurs – problématisée dans le vocabulaire du nuisible et de l'indésirable – présence que l'on cherche à réduire, la mise en place des LIDI aurait également pour objectif de réduire le nombre de seringues usagées laissées à la traîne dans l'environnement, donc l'incidence de la transmission de maladies virales et les accidents par piqûre accidentelle.

Améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs de drogues illicites par voie intraveineuse les plus marginalisés

Voilà un autre objectif prêt à la mise en place de LIDI (Fry, Testro, 2000; Cloutier, Demers, 1999). La présence d'intervenants de diverses formations, qualifiés pour une intervention psycho-sociale ponctuelle et en mesure de référer les usagers des LIDI en cas de demande, est le moyen par lequel on cherche à atteindre cet objectif. Certains auteurs estiment qu'il ne s'agit pas tant d'améliorer l'accès aux services mais plutôt de rejoindre les consommateurs qui ne les utilisent pas (Kerr, 2000; Kemmesies, 1995).

Offrir un contexte d'usage libre de toute crainte d'appréhension policière et de violence

Hartnoll et Hedrich (1996), et Haemming (1992), suggèrent que la mise en place de LIDI a notamment pour objectif d'offrir un contexte d'usage libre de toute crainte d'appréhension policière et de violence. On pense ici aux consommateurs les moins nantis qui ne disposent pas de lieux privés pour consommer de façon discrète et qui sont l'objet de la majorité des arrestations policières en matière de possession (Bertrand, 1992).

Réduire les coûts des services de santé liés à la pratique d'injection de drogues illicites

Selon Kerr (2000), en offrant la possibilité aux usagers des LIDI d'y recevoir des soins de santé on cherche non seulement à leur garantir un niveau minimal de bien-être physique,

¹⁷ L'injection dans un LIDI permettrait certes aux consommateurs les plus marginalisés de s'abstraire temporairement d'un milieu où les agressions sont communes. Mais outre la réduction de ces crimes contre la personne, de cette criminalité dite systémique due à la prohibition des produits (Brochu, 1995a, 1995b), le fait que les consommateurs disposent d'un lieu de consommation ne permet en rien de faire l'hypothèse que cela réduira la criminalité généralement associée à l'usage des drogues, c'est-à-dire les infractions aux lois sur les drogues (pour des raisons évidentes) et la criminalité acquisitive. Pour réduire cette dernière forme de criminalité (vols et activités liées à la prostitution), seules deux solutions réelles sont envisageables : donner au corps médical le pouvoir de prescrire gratuitement aux consommateurs leur substance de choix en construisant cet usage comme un traitement et ces personnes comme des malades, ou assurer la disponibilité des substances à des prix décents par le biais du contrôle étatique dans un contexte de légalisation. En somme, les LIDI ne modifient en rien le cadre socio-juridique qui est à la source d'une part importante de la criminalité que l'on associe à l'usage des drogues frappées d'interdit. L'opinion suivant laquelle les LIDI permettent la réduction du taux de criminalité est erronée lorsque l'on sait que ce taux ne représente pas les actes interdits commis par les personnes dans un territoire donné, mais constitue plutôt un indicateur des activités des agences de contrôle social formel (Dion, 2000; Carrier, 2000; Riedel, 2000; Stoddart, 1988; Robert, 1985, 1977) : cela revient à dire que la tolérance qu'imposent les gouvernements locaux aux policiers travaillant dans les villes où existent des LIDI réduit la criminalité puisque les consommateurs ne sont plus arrêtés pour les infractions liées aux lois sur les drogues !

mais également à réduire les coûts des services de santé liés à la pratique d'injection de drogues illicites. On pense par exemple ici au traitement sur place des abcès qui pourrait diminuer le nombre d'hospitalisations, ou encore à la réanimation artificielle en cas de surdose qui pourrait diminuer les coûts associés aux services ambulanciers.

Promouvoir des modalités d'usage autres que l'injection

Haemming (1992), souhaite que les LIDI aient également pour objectif de faire la promotion de modalités d'usage autres que l'injection auprès des personnes utilisant ces services.

La réécriture médiatique

Les Canadiens ont été exposés à divers discours sociaux prenant pour objet l'implantation éventuelle de LIDI à Vancouver et à Montréal. Depuis le tournant du siècle, la médiatisation de ces projets s'est concentrée autour de deux événements auxquels on a choisi de donner le statut de « nouvelle », soit la recommandation du comité fédéral-provincial d'établir des projets pilotes (voir *infra*) et un éditorial du *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, introduisant deux études épidémiologiques sur la toxicomanie à Vancouver. On lit notamment dans l'éditorial que les LIDI sont *en toute logique* la prochaine étape des services destinés à améliorer les conditions de vie des toxicomanes et des moyens pris pour rendre *les quartiers un peu plus sécuritaires*. Les articles parus dans la presse écrite autour de ces deux « nouvelles » constituent un corpus permettant d'analyser la réécriture médiatique des motifs que l'on prête à la mise en place de LIDI.

Les LIDI sont présentés dans ces articles comme des services d'abord destinés à contrer la pandémie du VIH et des autres virus transmissibles par le sang, tels que les hépatites. Ce qui est frappant à ce sujet, c'est qu'il est possible de dichotomiser les articles selon qu'ils décrivent les LIDI comme un service s'adressant aux consommateurs ou comme un service utile aux non-consommateurs, du moins à ceux qui n'utilisent pas de seringues. Par exemple, on rapportera que les LIDI ont pour objet la prévention de la séroconversion chez les consommateurs *ou* la minimisation des risques de transmission des virus des consommateurs aux non-consommateurs. J'ai trouvé un seul article où l'auteur propose les deux termes de l'alternative (Breton, 2001). Par contre, que l'on prenne pour objet les consommateurs ou la population, on avancera que les LIDI sont des services *pragmatiques* dont on postule la nécessité en s'appuyant sur des statistiques, particulièrement la prévalence de virus infectieux chez les personnes consommant par voie intraveineuse.

Les idées et constats majeurs qui percent à travers la médiatisation sont les suivants : les programmes d'échanges de seringues sont inefficaces ou peu efficaces pour assurer que les consommateurs n'utilisent pas de seringues *souillées* (Mickelburgh, 2001) ; on qualifie les taux de prévalence de maladies infectieuses chez les consommateurs d'*alarmants*, nécessitant une réponse urgente dans une optique de santé publique (La Presse, 2001) ; les coûts du recours aux urgences des hôpitaux par les toxicomanes sont élevés (et si le lit d'hôpital dont vous avez besoin était occupé par un *junkie* ? demande par exemple l'*Edmonton Sun* (2001)). Les LIDI seraient des services destinés à régler ces problèmes. Un autre thème, bien qu'abordé peu fréquemment, est celui de la réhabilitation vers laquelle les LIDI permettraient de conduire les consommateurs (Myles, 2001). On fait alors généralement valoir que les consommateurs sont des victimes plutôt que des criminels, ce qui permet aux journalistes de croire – à tout le moins d'écrire – que le fait de remplacer la prison par la cure signifie l'abandon d'un héritage moralisateur gênant (Cockburn, 2001). Finalement,

on peut noter que les commentateurs localisés dans les environs de Vancouver rapporteront que les LIDI sont des moyens de rendre *plus sécuritaires* les quartiers où la consommation de rue est plus concentrée (particulièrement le *Downtown Eastside*) (*Vancouver Sun*, 2001), alors que les Québécois parleront plutôt de réduire le nombre de seringues à la traîne dans l'environnement (Descôteaux, 2001).

L'appropriation politique

Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada (Comité consultatif sur la santé de la population, 2001) est un document de travail préparé en vue de la Conférence des sous-ministres de la Santé tenue à l'automne 2001. En recommandant l'établissement de *protocoles de recherches médicales et scientifiques* relativement à l'implantation de LIDI dans les métropoles canadiennes, le Comité affirme que de tels services visent à *réduire les dangers inhérents aux pratiques d'injection dangereuses et à contrer les problèmes d'ordre public associés à l'usage illégal¹⁸ de drogues par injection* (23). On veut en fait avant tout réduire les *comportements à risque particulièrement élevé* associés à l'injection, soit les *comportements pouvant conduire au VIH*, aux hépatites et aux surdoses (22). Toute la problématisation qui précède la suggestion du Comité est en effet centrée sur l'incidence élevée d'infections aux virus chez les consommateurs, sur le fait qu'ils continuent à échanger leurs seringues malgré l'existence de services leur en offrant gratuitement, et sur les risques d'infection et de surdose liés à l'injection dans un environnement non-hygiénique.

C'est de santé dont il est question. Le Comité justifie toutefois sa proposition en affirmant que les expériences européennes avec les LIDI permettent notamment de réduire le nombre de personnes s'injectant dans les lieux publics et semi-publics ainsi que *la criminalité*, une affirmation que la recension des écrits que j'ai réalisée ne permet pas de confirmer (De Jong et Weber, 1999, faisaient récemment le même constat). En fait, les auteurs prétendent à de tels résultats sans en faire la démonstration (Dolan, Wodak, 1996), ou encore concluent à de tels résultats malgré la présentation préalable de matériel empirique démontrant le contraire (Kemmesies, 1995).

Universitaires, journalistes et politiciens

Le dénominateur commun de l'ensemble des discours des acteurs des champs universitaire, journalistique et politique est la construction des LIDI comme une stratégie visant à contrer la propagation de virus infectieux, particulièrement celui de l'immunodéficience humaine. Alors que les universitaires et les membres du comité consultatif ont tendance à construire les LIDI comme des services répondant à l'incidence élevée de l'infection par de tels virus chez les consommateurs, il est fréquent d'observer, dans la réécriture médiatique, le passage de cette rhétorique à celle de la protection de la population : la mise en place de LIDI est une stratégie qui vise la réduction des conduites à risques chez les usagers-comme-vecteurs de propagation. La réduction des « nuisances » associées à l'usage, ici la présence de seringues dans l'environnement, là la crainte qu'inspirent certains quartiers où se concentrent (ou où on a concentré) les usagers, est un thème qui est présenté

¹⁸ Au Canada, c'est pourtant la possession des produits et non la consommation qui fait l'objet de prohibition.

avec la même absence de rigueur chez les universitaires, journalistes et politiciens dont j'ai ici considéré les écrits. La construction des LIDI comme des services offrant la possibilité aux consommateurs les moins nantis d'avoir accès à un lieu de consommation libre de toute crainte d'appréhension policière et de victimation est une des formes des vocabulaires de motifs observés chez les universitaires qui ne semble pas avoir convaincu les journalistes d'en produire une retranscription. Mais même dans les textes académiques ce motif est énoncé rarement.

VIH-sida et Société du risque

Il est courant d'associer la (relative) réussite politique des pratiques de *réduction des méfaits*, si l'on fait abstraction du cas hollandais, à l'avènement du virus de l'immunodéficience humaine. Par exemple, Nadelmann, McNeely, Drucker, 1997; Hartnoll, Hedrich, 1996; Stimson, 1990; Wodak, 1990, suggèrent que de telles pratiques ont pu être mises en place une fois qu'il a été politiquement jugé plus important de prévenir les risques de séroconversion plutôt que ceux posés par certaines formes d'usage de drogues illicites. La lecture que j'ai faite des vocabulaires de motifs liés à la mise en place réclamée de LIDI en sol canadien tend à confirmer cette explication.

Toutefois, Quirion (2002) suggère que la consolidation des pratiques de *réduction des méfaits* ne peut pas s'expliquer exclusivement par l'avènement et la pérennité des risques que posent les virus infectieux en lien avec la pratique d'injection (et par une (supposée) *banalisation* de l'usage). D'après lui, il s'agit plus profondément d'un passage de la *normalisation disciplinaire* à une *gestion des risques*. Des risques évalués à une échelle collective par un État qui délaisserait un souci providentialiste au profit d'une gestion technocratique de populations-cibles, dont on cherche à neutraliser les effets dommageables qu'ont leurs pratiques sur le reste du corps social. Les *impératifs de défense sociale* auraient miné *les visées d'orthopédie comportementale* et évacué toute référence à la *réhabilitation* (Quirion, 2001, 437). L'un des effets des pratiques de *réduction des méfaits* serait que leur appropriation politique se traduit par une conception collectiviste des méfaits de l'usage des « mauvaises » drogues, alors que les acteurs de première ligne ayant d'abord mis de l'avant de telles pratiques avaient à cœur une conception individualisante des méfaits. Dans les deux cas, il s'agit d'une réponse pragmatique à l'usage des drogues, mais l'auteur craint que l'appropriation politique, transformant ces pratiques en gestion de populations-cibles, ait pour effet une stigmatisation accrue des consommateurs.

Quirion s'inspire particulièrement des travaux de Beck (1992) et Giddens (1990), pour situer son analyse dans le projet d'une Société du risque. Toutefois, l'un des éléments qu'occulte cette interprétation est que les acteurs du réseau communautaire puissent construire leurs revendications politiques en anticipant les intérêts des *technocrates*, faisant ainsi valoir, par exemple, les risques que pose l'usage par injection pour la santé publique dans un contexte de pandémie du VIH afin de vendre leurs projets de LIDI¹⁹. Bien que je me rallie aux grandes lignes de l'analyse de Quirion, et donc à celle de Beck et de Giddens dans *Conséquences de la modernité*, le matériel que j'ai présenté *supra* montre, à l'exception peut-être de certains articles de la presse écrite, que la mise en place de LIDI est revendiquée à l'aide de vocabulaires de motifs où les *risques* que posent certains usages

¹⁹ Quand les acteurs du réseau communautaire sont à ce point sous-subsidés, que leur importe que les acteurs politiques puissent dire qu'ils travaillent à réduire l'incidence du VIH quand ils ne demandent qu'à avoir assez d'argent pour continuer d'aider, de leur point de vue et à leur façon, les consommateurs ?

de certaines drogues à une échelle individuelle ne disparaissent pas au profit d'une seule préoccupation pour des risques mesurés à une échelle collective. Il est en effet possible d'observer une claire préoccupation, tant chez les universitaires que dans la proposition du Comité consultatif, pour les risques de séroconversion chez les consommateurs. Rien n'autorise ici à imputer cette préoccupation à la seule logique de « défense sociale » ou de gestion des risques que posent les consommateurs pour la collectivité, bien que l'on présente parfois ainsi la pertinence socio-sanitaire des LIDI dans les médias. Cela nous permet cependant de voir comment il est possible de disqualifier socialement un groupe sans faire appel à la notion de Bien ou de Mal mais simplement à travers un ensemble discursif froid, a-moral, actuariel.

L'attachement aveugle à la science positive comme moteur de progrès social

D'après Strang (1993, 18²⁰), *l'absence d'idéologie légitimante constituera, à long terme, un obstacle au développement des stratégies de réduction des méfaits*. Et si c'était tout le contraire ? Et si sa réussite venait de cette idéologie a-idéologique ? Dans la présentation des vocabulaires de motifs que j'ai faite, au delà des modalités de communication propres aux champs académique, journalistique et politique, ce qui frappe est bien davantage la capacité dont on fait montre de parler de toxicomanie ou d'usage de drogues illécitales dans une prétention a-normative.

Certains discours relatifs aux consommateurs conservent une saveur normative : on veut les soigner (améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs les plus marginalisés) et on veut les protéger (offrir un contexte d'usage libre de toute crainte d'appréhension policière et de victimation). Le premier motif ne pourrait permettre de construire comme « évidente » la proposition de projets aussi controversés que le sont les LIDI, alors que le second est un bruit à ce point marginal et dissonant dans les discours qu'il ne réussit à se faire entendre que chez les lecteurs de textes académiques. Exception faite de ces rationalités, les vocabulaires de motifs qu'on trouve dans les champs académique, journalistique et politique témoignent plutôt du pouvoir qu'exerce la pratique scientifique positiviste, particulièrement la médecine et l'épidémiologie, dans la définition politique des technologies de gestion du corps.

On veut réduire les problèmes de santé pouvant découler de la pratique d'injection chez les consommateurs : s'injecter dans une ruelle sale avec une seringue usagée peut être la cause de séroconversion, d'endocardites, d'abcès, etc. On veut réduire les coûts des services de santé liés à la pratique d'injection : les personnes malades sont soignées aux frais des contribuables. On veut promouvoir d'autres modes d'usage que l'injection : fumer l'héroïne est objectivement moins dommageable pour le corps (voilà le *junkie* confronté au théoricien du choix rationnel !). En fait, on ne parle pas ici de toxicomanie, ni de toxicomanes. *Exit* la personne ! On parle d'un corps dans lequel entre une seringue, du sort de la seringue à la sortie de ce corps, de la visibilité de ce corps se perforant, des coûts de ces perforations pour les perforants et non-perforants qui paient des taxes. La société du risque serait-elle possible sans cet attachement aveuglant (et atavique) à la science comme moyen a-idéologique d'assurer le progrès non seulement technique, mais aussi *social* ?

²⁰ *The lack of a legitimizing ideology will stand as an obstacle to the longerterm development of harm reduction.*

Car c'est bien d'intervention sociale qu'il est question à travers tous ces discours épidémiologiques quantifiés. Les LIDI sont présentés de façon à offrir une réponse aux conséquences probabilisées de la pratique d'injection (en contexte prohibitionniste, oublie-t-on habituellement) sans que cette pratique ne fasse l'objet d'interrogations bien approfondies. *Les personnes se shootent, minimisons les risques sans juger la personne* pourrait-on résumer. Les promoteurs de pratiques de *réductions des méfaits* auto-proclament leurs interventions à l'égard des personnes comme étant *non-jugementales, non idéologiques, pragmatiques, amORALES, efficaces*, n'ayant pour objet *que* les conséquences possibles de l'usage. L'appropriation politique de stratégies ainsi motivées pourrait-elle signifier la mort de la carrière *politique* de la notion de toxicomanie, trop chargée moralement ? On observe à tout le moins un discours centré sur la stricte conduite des groupes faisant l'objet de l'intervention, désormais désignés par trois lettres : « UDI » (usagers de drogues par injection).

Les succès des LIDI comme projet politiquement envisagé pourraient s'expliquer par la dominance idéologique d'une représentation et d'une interprétation du monde, portant ici son regard sur la pratique de l'injection, qui se présente, sous le couvert de la science, comme le miroir parfait du phénoménal. C'est-à-dire en permettant une appréhension objective et une gestion commensurable, dénuées de toute subjectivité. Ce n'est pas un hasard si ce sont les conséquences de la pratique d'injection que voient les acteurs du champ médical, plutôt que celles aperçues par les psychologues, travailleurs de rue, acteurs du réseau communautaire, etc. qui sortent victorieuses dans la construction des motifs à la base des projets des LIDI : seuls les premiers parlent l'aguichant langage de la commensurabilité, de l'efficacité et de la certitude. Ils parlent une épistémologie tristement moderne à la Sokal et Bricmont, dans laquelle les objets sociaux sont construits avec le maintien de la rupture connaissant-connu héritée des sciences dites naturelles. Ils parlent au sein d'un postpositivisme qui dissocie ontologie et épistémologie et qui conduit à traiter les objets sociaux comme des choses indépendantes de leur condition de construction discursive et dialogique (Luhmann, 1999, 1995 ; Denzin 1997, 1992). Rorty (1980), qui, à la suite du second Wittgenstein et de Heidegger, a fortement critiqué une telle épistémologie représentationnelle, ne semble avoir brisé de miroir que chez les philosophes. L'examen des vocabulaires de motifs que j'ai proposés dans ce texte montre le triomphe de l'activité sociale déterminée de façon rationnelle en finalité plutôt que de façon rationnelle en valeur, pour reprendre les concepts de Weber.

Conclusion

Les lieux d'injection de drogues illicites sont des stratégies d'intervention sociale en toxicomanie dont on fait une promotion efficace en sol canadien depuis la fin des années 1990. Ces stratégies font l'objet d'une masse croissante de publications chez les anglophones, la littérature francophone étant encore rarissime. La majorité des textes sur le sujet rapportent les expériences européennes et australiennes, plusieurs sont écrits dans une logique de réclamation et quelques-uns proposent un compte rendu d'études empiriques. L'observation de cette mouvance appelle une interprétation sociologique dont j'espère voir rapidement celle que j'ai offerte dépassée en qualité et en extensivité.

J'ai procédé en examinant les vocabulaires de motifs imputés à la mise en place souhaitée de lieux d'injection de drogues illicites dans le champ académique, la réécriture opérée dans la sphère journalistique et offert un aperçu de l'appropriation politique de tels projets. Cela m'a conduit à identifier la dimension socio-sanitaire des réclamations comme

étant l'axe majeur autour duquel s'échafaude la construction des projets canadiens, ce que j'ai tenté d'interpréter comme la manifestation du pouvoir des discours énoncés dans le champ des sciences « naturelles », particulièrement en raison du calcul utilitaire qu'appelle inévitablement toute politique sociale en toxicomanie se réclamant de la « philosophie » de la *réduction des méfaits*.

Plusieurs autres avenues que j'ai négligées mériteraient toutefois attention et montreraient sans doute la nature hautement exploratoire de ce texte. Je pense particulièrement aux vocabulaires de motifs se structurant autour de la question des « nuisances » prêtées à la pratique d'injection. Les modifications des pratiques de contrôle social dans la rue à la suite de la privatisation croissante de la sécurisation des espaces privés (Wiles, 1999 ; Shapland, 1999) me semblent par exemple offrir un angle d'approche fécond pour l'analyse de la problématisation de la pratique d'injection dans les lieux publics et semi-publics, qui est souvent opérée sans référence aucune à la notion de toxicomanie. Un autre thème négligé est celui de l'acceptabilité socio-politique du maintien d'un discours de pénalisation à l'endroit des personnes s'adonnant à l'injection. La *médicalisation de la déviance* (Conrad, Schneider, 1980), couplée à l'utilisation de la superbe intégration des travaux d'Elias que nous propose Garland (1990), relativement au processus de « civilisation » des peines, permettrait sans doute d'y voir le lieu d'une autre victoire de l'activité sociale déterminée de façon rationnelle en finalité (et bien d'autres choses).

Je crois avoir montré clairement à quel point les stratégies de *réduction des méfaits*, démontrées dans la mise en place de lieux d'injection de drogues illicites, ont pour résultat d'évacuer du débat le cadre socio-juridique dans lequel prend place l'usage. Cela même si les travaux sociologiques montrant ses effets pervers, pour les perforants et non-perforants, ne manquent pas (remplaçons *effets pervers* par *méfaits* ?). L'appropriation politique de diverses stratégies de *réduction des méfaits* pourrait s'expliquer partiellement par la dépolitisation que ces stratégies permettent ou, pour employer une terminologie fonctionnaliste, par la réduction de la complexité que le système politique obtient dans l'appréhension des conduites humaines et des solutions à apporter à celles qui sont problématisées avec succès. Le politique appréhende de façon a-signifiante l'usage de drogues illicites par voie intraveineuse, comme si le pays avait à gérer une épidémie d'insectes quelconques, résistants aux insecticides traditionnels. La construction sociale des usages et des usagers que révèlent les champs discursifs ici considérés se réalise sans référence aux transgressions pénales et morales qui l'ont traditionnellement accompagnée. La détermination rationnelle en finalité de l'activité sociale dont me semblent témoigner les stratégies de réduction des méfaits permet une dépolitisation de la réaction sociale à l'usage des « mauvaises » drogues en ce qu'elle substitue à la légitimation idéologique du droit, toujours mis en force, de punir les consommateurs un exercice gestionnaire présenté comme a-moral. Dans cette perspective, les stratégies de réduction des méfaits, loin de conduire vers un plus grand libéralisme juridique, viennent légitimer l'extension des contrôles socio-sanitaires des usagers dans un cadre prohibitionniste intact.

Les acteurs à la source de la promotion localisée des stratégies de *réduction des méfaits* – autre thème négligé, le local *versus* le national comme espaces de revendications politiques effectives dans le pluralisme ambiant – ces acteurs sont bien souvent profondément outrés par les conditions de vie dans lesquelles vivent les consommateurs les plus marginalisés. Ils et elles sont parfois capables de déplacer des montagnes pour trouver des solutions, dans les couloirs du pouvoir politique ou ailleurs. Ils et elles sont persuadés de la nécessité d'agir. Et maintenant ! Pragmatiquement, ils et elles changent réellement le monde. Remettre en cause le cadre prohibitionniste représente dans ce contexte un gage de confusions qui n'auraient pour effet que de faire perdre un temps précieux et qui porte en

elles la possibilité de perdre de vue l'action projetée. Cette suggestion suscite souvent la même stupéfaction que celle qui frappe le bûcheron à qui le philosophe demande comment il peut être certain de l'existence de l'arbre qu'il envisage couper.

Nicolas Carrier
 Université du Québec à Montréal
 Département de sociologie
 C.P. 8888 – Succursale Centre-ville
 Montréal (Québec)
 CANADA – H3C 3P8
 ncarrier@videotron.ca

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUCHESNE L., 1997, Legalization of drugs: Responsible action towards health promotion and effective harm reduction strategies, in ERICKSON P.G., RILEY D.M., CHEUNG Y.W., O'HARE P.A., Eds., *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press, 32-46.
- BEAUCHESNE L., 1991, *La légalisation des drogues ... pour mieux en prévenir les abus*, Montréal, Éditions du Méridien.
- BECK U., 1992, *Risk Society; Toward a New Modernity*, Londres, Sage.
- BECKETT K., 1994, Setting the public agenda: « Street crime » and drug use in american politics, *Social Problems*, 41, 3, 425-447.
- BERTRAND M.-A., 1988, Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues, in BRISSON P. Ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Boucherville, Gaëtan Morin, 139-155.
- BERTRAND M.-A., 1992, La situation en Amérique du Nord, in CABALLERO F. Ed., *Drogues et Droits de l'Homme*, Collection des empêcheurs de penser en rond, Paris, Ulysse diffusion, 111-129.
- BERTRAND M.-A., 2000, La politique des drogues. Contestations, paradoxes et confusions, *Psychotropes – Revue internationale des toxicomanies*, 6, 4, 9-25.
- BRETON B., 2001, Du joint à la seringue, *Le Soleil*, 27 août.
- BRISSON P., 1995, La réduction des méfaits: considérations historiques et critiques, *l'Écho-Toxico*, 6, 2, 2-4.
- BRISSON P., 1997, *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- BROCHU S., 1995a, *Drogue & criminalité: une relation complexe*, Montréal, PUM.
- BROCHU S., 1995b, La relation drogue-crime dans un pays en guerre, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, 48, 2, 159-166.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 22 mai 2001, *Measures of Harm Reduction in German Narcotic Drugs Policy*, [en ligne]: <http://www.bmggesundheits.de/engl/sintra.htm>.
- 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., 2001, *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).
- CATTACIN S., LUCAS B., VETTER S., 1996, *Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes*, Paris, l'Harmattan.
- CHRISTENSEN J., SCHMIDT J., HENDERSON J., 1982, The selling of the police: Media, ideology and crime control, *Contemporary Crises*, 6, 3, 227-239.
- CLOUTIER R., DEMERS A., 1999, Réduction des méfaits associés à la toxicomanie: implications pour le réseau de la santé et des services sociaux, in COLL., *Actes du colloque Drogues par injection: enjeux pour la société*, Montréal, Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal, 77-80.
- COCKBURN L., 2001, Safe shooting galleries good idea, *Winnipeg Sun*, 21 août.
- 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 PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, 1999, *Toxicomanie et réduction des méfaits*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- CONRAD P., SCHNEIDER J.W., 1980, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St.Louis, C.V. Mosby Co.
- DAILY TELEGRAPH., 2001, Camera Threat to Privacy, *Daily Telegraph*, 19 juillet.
- DE JONG W., WEBER U., 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.
- DENZIN N. K., 1992, *Symbolic Interactionism and Cultural Studies. The Politics of Interpretation*, Cambridge, Blackwell Publisher.
- DENZIN N. K., 1997, *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DESCÔTEAUX B., 2001, Non à l'improvisation, *Le Devoir*, 28 juin.
- DION, G.A., 2000, Législation nationale et disparités régionales: le cas du Canada, *Psychotropes – Revue internationale des toxicomanies*, 6, 4, 65-104.
- DOLAN K., WODAK A., 1996, *Final Report on Injecting Rooms in Switzerland*, [en ligne]: <http://lindesmith.org/library/dolan2.html> (11 mai 2001).
- DOLAN K., KIMBER J., FRY C., FITZGERALD J., MCDONALD D., TRAUTMANN F., 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.
- DRCNET, 2001, Australia: Kings cross injecting room passes legal hurdle, opening soon. Cannabis cases to follow ?, *The Week Online with DRCNet*, 2001, 181, [en ligne]: <http://www.drcnet.org/wol/181.html#kingcross> (11 mai).
- EDMONTON SUN., 2001, Let's give safe shooting galleries a chance, *Edmonton Sun*, 25 août.
- ERICKSON P.G., 1990, A public health approach to demand reduction, *Journal of Drug Issues*, 20, 4, 563-575.
- EUROPEAN CITIES ON DRUG POLICY (ECDP), 1998a, *Declaration of the European Cities on Drug Policies 1998*, [en ligne]: <http://www.ecdp.net/declar.htm> (18 mai 2001).
- EUROPEAN CITIES ON DRUG POLICY (ECDP), 1998b, *ECDP City Reader*, 1998b, [en ligne]: <http://www.ecdp.net/member.htm> (18 mai 2001).
- 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.
- FRASER A., GEORGE M., 1992, The role of police in harm reduction, in O'HARE P.A., NEWCOMBE R., MATTHEWS A., BUNNING E.C., DRUCKER E., Eds., *The Reduction of Drug Related Harm*, Londres, Routledge, 162-171.
- FRY C., TESTRO R., 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.
- GAINES L.K., KAPPELER V., VAUGHN J.B., 1994, *Policing in America*, Cincinnati, Anderson Publishing Co.
- GARLAND D., 1990, *Punishment and Modern Society*, Chicago, University of Chicago Press.
- GIDDENS A., 1990, *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press.
- GIFFEN P.J., ENDICOTT S., LAMBERT, S., 1991, *Panic and Indifference. The Politics of Canada's Drug Laws. A Study in the Sociology of Law*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.
- GOLDSTEIN H., 1993, Confronting the complexity of the policing function, in OHLIN L.E., REMINGTON F.J., Eds., *Discretion in Criminal Justice: The Tension Between Individualization and Uniformity*, New York, State University of New York Press, 23-72.
- GREENE L., 1995, Cleaning up hot drug spots in Oakland, California: The displacement and diffusion effects, *Justice Quarterly*, 12, 4, 737-754.
- GRINC R.M., 1994, «Angels in marble»: Problems in stimulating community involvement in community policing, *Crime & Delinquency*, 40, 3, 437-468.
- HABERMAS J., 1973 (1968), La technique et la science comme «idéologie», in *La technique et la science comme «idéologie»*, Paris, Gallimard, 3-74.
- HAEMMING R. B., 1992, The streetcorner agency with shooting room («Fixerstuebli»), in O'HARE P.A., NEWCOMBE R., MATTHEWS A., BUNNING E.C., DRUCKER E. Eds., *The Reduction of Drug Related Harm*, Londres, Routledge, 1992, 181-185.

- HARTNOLL R., HEDRICH D., 1996, Aids prevention and drug policy. Dilemmas in the local environment, in RHODES T., HARTNOLL R., Eds., *AIDS, Drugs and Prevention : Perspectives on Individual and Community Action*, Londres, Routledge, 42-65.
- HAUSSER D., KUEBLER D., 1995, The Zürich experience is not an argument against harm reduction policy, *Addiction*, 1995, 90, 2, 291.
- HUBER C., 1994, Needle park: What can we learn from the Zürich experience?, *Addiction*, 89, 513-516.
- HULSMAN L., VAN RANSBEEK H., 1983, Évaluation critique de la politique des drogues, *Déviante et Société*, 7, 3, 271-290.
- INTERNATIONAL HERALD TRIBUNE, 2001, Sydney, hoping to help addicts, opens legal injection center, *International Herald Tribune*, 11 mai.
- JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, 2001, Harm reduction: Closing the distance, *Journal de l'association médicale canadienne*, 165, 4, 389-390.
- KEMMESIES U.E., 1999, *The Open Drug Scene and the Safe Injection Room Offers in Frankfurt am Main 1995. Final Report*, 1995, traduction anglaise par le Coordination Bureau of the European Cities on Drug Policy, [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.
- KINLOCK T.W., 1994, Problem-oriented data collection: Toward improved evaluation of police drug crack-downs, *American Journal of Police*, 23, 3, 59-94.
- KLINGEMANN H., 1995, Prise en charge et traitement des toxicomanes, in FAHRENKRUG H., REHM J., MÜLLER R., KLINGEMANN H., LINDER R., Eds., *Drogues illégales en Suisse 1990-1993. La situation dans les cantons et en Suisse*, Zurich, Éditions Seismo, 97-148.
- KOESTER, S., 1996, The process of drug injection. Applying ethnography to the study of HIV risk among IDUs, in RHODES T., HARTNOLL R., Eds., *AIDS, Drugs and Prevention : Perspectives on Individual and Community Action*, Londres, Routledge, 133-148.
- LA PRESSE, 2001, Le temps est venu d'ouvrir des piqueries sécuritaires, *La Presse*, 21 août.
- LAUZON P., 2000, Entrevue avec le sénateur Pierre Claude Nolin, *Psychotropes – Revue internationale des toxicomanies*, 6, 4, 45-54.
- LINDESMITH CENTER., 1999, Safer Injection Rooms, *Lindesmith Center*, [en ligne]: http://lindesmith.org/cites_sources/brief17.html (11 mai 2001).
- LUHMANN N., 1995, *Social Systems*, Stanford, Stanford University Press.
- LUHMANN N., 1999, *Politique et complexité. Les contributions de la théorie générale des systèmes*, Paris, Les éditions du Cerf.
- LYONS W., 1999, *The Politics of Community Policing: Rearranging the Power to Punish*, Michigan, The University of Michigan Press.
- MACPHERSON D., 2000, *A Framework for Action: A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Draft Discussion Paper, Vancouver, City of Vancouver.
- MICALLEF E., 1998, *Safe Injection Facilities: Should Victoria Have a SIF Pilot-Trial?*, Discussion Paper, [en ligne]: <http://www.lindesmith.org/library/micallef.html> (18 mai 2001).
- MICKELBURGH R., 2001, Studies laud safe-injection sites, *Globe and Mail*, 21 août.
- MILLS C. W., , 1963 (1939), Language, logic and culture, in *Power, Politics and People. The Collected Essays of C. Wright Mills*, New York, Oxford University Press, 423-438.
- MILLS C. W., 1963 (1940), Situated actions and vocabularies of motive, in *Power, Politics and People. The Collected Essays of C. Wright Mills*, New York, Oxford University Press, 439-452.
- MILLS C. W., 1963 (1959), The cultural apparatus, in *Power, Politics and People. The Collected Essays of C. Wright Mills*, New York, Oxford University Press, 405-422.
- 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.
- MONJARDET D., 1987, *Sociologie de la police. Textes*, Groupe de sociologie du travail, Paris, CNRS.
- MORALES L., MOREL A., 1998, *Étude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques*, Liège, Fédération européenne des Associations d'intervenants en toxicomanie.

- MÜLLER R., FAHRENKRUG H., 1995, Prévention et prise en charge des consommateurs de drogues, in FAHRENKRUG H., REHM J., MÜLLER R., KLINGEMANN H., LINDER R., Eds., *Drogues illégales en Suisse 1990-1993. La situation dans les cantons et en Suisse*, Zurich, Éditions Seismo, 55-96.
- MYLES B., 2001, Des piqueries légales pourraient voir le jour au pays, *Le Devoir*, 27 juin.
- NADELMANN E., 1992, Drug prohibition in the United States: Costs, consequences and alternatives, in MIECZKOWSKI T., Ed., *Drugs, Crime, and Social Policy*, Boston, Allyn & Bacon, 299-322.
- NADELMANN E., 1998, Commonsense drug policy, *Foreign Affairs*, 77, 1, 111-126.
- NADELMANN E., MCNEELY J., DRUCKER E., 1997, International perspectives, in LOWINSON J.H., RIUZ P., MILLMAN R.B., LANGROD J.G. Eds., *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, Third Edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 22-39.
- NICKELS C., 2000, *1999 Drug And Addiction Report*, Berlin, Federal Ministry for Health.
- 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.
- QUIRION B., 2002, Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives de la régulation de la pratique psychotrope, *Déviance & Société*, 26, 4, 479-495.
- RIEDEL M., 2000, *Research Strategies for Secondary Data: A Perspective for Criminology and Criminal Justice*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- RILEY D., 1994, La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques, in BRISSON P. Ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Volume II, Boucherville, Gaëtan Morin, 129-150.
- RILEY D., 1998, *La politique canadienne de contrôle des drogues*, étude commandée par l'H. Sénateur Nolin, Canada, publication restreinte.
- ROBERT Ph., Les statistiques criminelles et la recherche, *Déviance et Société*, 1977, 1, 1, 3-27.
- ROBERT Ph., Au théâtre pénal. Quelques hypothèses pour une lecture sociologique du «crime», *Déviance et Société*, 1985, 9, 2, 89-105.
- RORTY R., 1980, *Philosophy and the Mirror of Nature*, Princeton, Princeton University Press.
- ROZIER M., VANASSE V., 2000, Les mesures de réduction des méfaits: entre cadre pénal et pratiques d'intervention, in LABERGE D., Ed., *L'errance urbaine*, Montréal, Multimondes, 415-432.
- SANDLER J., 2001, Consider drug sites for addicts – RCMP, *Vancouver Sun*, 5 mai.
- SHAPLAND J., 1999, Selling safety: Policing and social control over the public-private divide, in SHAPLAND J., VAN OUIRIVE L. Eds., *Police et sécurité: Contrôle social et interaction public/privé*, Paris, l'Harmattan, 17-32.
- SOKAL A., BRICMONT J., 1997, *Les impostures intellectuelles*, Paris, Odile Jacob.
- STIMSON G. V., 1990, Revising policy and practice: New ideas about the drugs problem, in STRANG J., STIMSON G.V. Eds., *AIDS and Drug Misuse. The Challenge for Policy and Practice in the 1990s*, 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, in BLACKWELL J.C., ERICKSON P.G. Eds., *Illicit Drugs in Canada: A Risky Business*, Scarborough, Nelson Canada, 244-258.
- STRANG J., 1993, Drug use and harm reduction: Responding to the challenge, in HEATHER N., WODAK A., NADELMANN E., O'HARE P.A., Eds., *Psychoactive Drugs & Harm Reduction: From Faith to Science*, Londres, Whurr Publishers, 3-20.
- 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.
- SYDNEY MORNING HERALD, 2001, Injecting room action dropped, *Sydney Morning Herald*, 20 juillet.
- TRAUTMAN F., 2000, *Drug Consumption Facilities in the Netherlands*, non publié.
- VANCOUVER SUN, 2001, Government should operate injection sites, doctors say, *Vancouver Sun*, 21 août.
- 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).
- WEISBURD D., GREEN L., GAJEWSKI F., BELLUCCI C., 1994, Defining the street-level drug market, in MACKENZIE D.L., UCHIDA C.D. Eds., *Drugs and Crime: Evaluating Public Policy Initiatives*, Thousand Oaks, Sage Publications, 61-76.

WILES P., 1999, Policing late modernity in Britain, in SHAPLAND J., VAN OTRIVE L. Eds., *Police et sécurité: Contrôle social et interaction public/privé*, Paris, l'Harmattan, 139-168.

WODAK A., 1990, AIDS and injecting drug use in Australia: A case study in policy development and implementation, in STRANG J., STIMSON G.V. Eds., *AIDS and Drug Misuse. The Challenge for Policy and Practice in the 1990s*, London, Routledge, 1990, 132-141.

Summary

In Canada, since the end of the 1990's, several social players wish to see the implementation of legally funded centres that would welcome and allow persons to inject themselves prohibited drugs. The mere fact that it only took a few years for that harm reduction strategy to be politically considered in Canada, a country still attached to its prohibition regime, calls for a sociological interpretation. In examining the vocabularies of motives uttered in the university, journalistic and political fields to justify the implementation of such centres, we find the socio-sanitary dimension at the core of those legitimating claims. An hygienic depoliticization: the prohibition-legalization tension has disappeared.

KEY-WORDS: DRUGS – INJECTION – PROHIBITION – HARM REDUCTION – LEGALIZATION – POLITICS – CANADA

Zusammenfassung

Gesundheitsräume, in denen sich Drogenabhängige illegale Drogen injizieren können, ohne andere staatliche oder medizinische Kontrollen fürchten zu müssen, sind seit ihrer Einrichtung in Kanada Ende 1900 heftig umstritten. Die Tatsache, dass es nur wenige Jahre brauchte, um diese Strategie der Risikoreduktion in einem Land politisch durchzusetzen, das sich eher einem repressiven Regime verschrieben hatte, verlangt nach einer soziologischen Interpretation. Über eine Analyse der journalistischen, wissenschaftlichen und politischen Motive und Begründungen für ihre Einrichtung kommt die Untersuchung zu dem Schluss, dass die Motive weitgehend einer sozio-sanitären Orientierung des Konsums illegaler Drogen folgen. Eine hygienische Depolitisierung: die Spannung Prohibition-Legalisierung ist verschwunden.

Sumario

En Canadá, desde fines de los años 1990, diversos actores sociales han reivindicado la creación de sitios en los que sea posible inyectarse drogas prohibidas sin temer a una intervención del Estado, salvo que esta última se realice bajo la forma de un control médico. El hecho de que sólo hayan sido necesarios unos pocos años para que esta estrategia de reducción de daños empezara a ser considerada a nivel político – en un Canadá por otro lado siempre aferrado a su régimen prohibitivo del consumo de estupefacientes –, invita a una interpretación sociológica. Cuando se examinan los motivos esgrimidos por los actores de las áreas universitaria, periodística y política para justificar una eventual puesta en marcha de tales sitios, puede constatarse que estos tienen como eje central la dimensión socio-sanitaria de la utilización de estupefacientes. Una despoliticización higiénica: la tensión entre prohibición y legalización ha desaparecido.