



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques

CPLT

**L'approche de réduction
des méfaits:
sources, situation, pratiques**

L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS: SOURCES, SITUATION, PRATIQUES

par Pierre Brisson

Comité permanent de la lutte à la toxicomanie

Décembre 1997

Dépôt légal
ISBN: 2-550-32582-6
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 1998

Notes sur l'auteur

Pierre Brisson est diplômé en communications de l'Université du Québec à Montréal (M. Sc.) et dispense un enseignement de 1^{er} cycle, en toxicomanie, depuis près de vingt ans pour les universités de Montréal et de Sherbrooke. Formateur pour le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), depuis 1994, il travaille comme chercheur autonome et auteur dans une perspective de décroisement et de vulgarisation des connaissances. Ses réalisations des dernières années comptent: la direction d'édition de deux collectifs pluridisciplinaires sur le phénomène drogue; l'élaboration et l'animation d'une série de cours télévisés sur la prévention des toxicomanies; la conception et l'implantation, en partenariat, du programme cadre en prévention des toxicomanies et en promotion de la santé pour la région de Montréal-Centre; la direction de projet et, de concert avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), la mise à jour du *Répertoire des outils de prévention des toxicomanies (imprimés et multimédias)*. Ses champs d'intérêts sont les aspects sociohistoriques, politiques et culturels du phénomène drogue de même que l'intervention sociale dans une perspective de prévention.

Table des matières

Remerciements	i
Avant-propos	iii
Résumé	vii
Introduction	1
Chapitre 1 - Objet d'étude	5
1. 1 Dénominations de l'approche	5
1. 2 Définitions de l'approche	7
Chapitre 2 - Sources de l'approche de réduction des méfaits	11
2. 1 Savoirs traditionnels et usage des drogues au XIX ^e siècle	11
2. 2 Le <i>British System</i>	15
2. 3 L'introduction du traitement à la méthadone	16
2. 4 La scène de la drogue des années 1960-1970	20
2. 5 La mise en question du modèle prohibitionniste	23
2. 6 La mise en question du modèle thérapeutique de l'abstinence	26
2. 7 Conclusion	28
Chapitre 3 - Situation de l'approche de réduction des méfaits	31
3. 1 Les années 1980-1990	31
3. 1. 1 La rencontre des problématiques toxicomanie et sida	31
3. 1. 2 L'expansion de l'approche de réduction des méfaits	33
3. 2 Expériences de développement de l'approche	37
3. 2. 1 L'exemple néerlandais	37
3. 2. 2 L'exemple anglais	39
3. 3 Définition de l'approche	42
3. 3. 1 Principes, valeurs et caractéristiques	42
3. 3. 2 Risques et méfaits dans le continuum de l'intervention	46
3. 4 Conclusion	50
Chapitre 4 - Pratiques de l'approche de réduction des méfaits	51
4. 1 Typologie des actions	51
4. 2 Pratiques liées à l'usage des drogues illicites	52
4. 2. 1 Matériel de consommation sécuritaire	52
4. 2. 2 Drogues de substitution	57
4. 2. 3 Travail avec et par les usagers et l'entourage	61
4. 2. 4 Zones de tolérance	66
4. 2. 5 Information et éducation	70
4. 2. 6 Applications et modifications des lois	75

4. 3	Pratiques liées à l'usage des drogues licites.....	79
4. 3. 1	Modification des substances	79
4. 3. 2	Produits de substitution	80
4. 3. 3	Consommation contrôlée.....	81
4. 3. 4	Mesures environnementales	84
4. 4	Conclusion.....	89
Chapitre 5 - Synthèse.....		93
5. 1	Les acquis de l'approche de réduction des méfaits	93
5. 2	Les questions soulevées par l'approche de réduction des méfaits.....	95
Références		99
Liste des tableaux		109

Remerciements

L'auteur tient à remercier sincèrement les personnes suivantes qui, chacune à leur manière, en facilitant l'accès à la documentation, en prenant le temps de discuter et de réfléchir à la question de la réduction des méfaits ou en révisant les versions préliminaires du texte, ont permis la réalisation de ce document de référence sur un sujet aux dimensions quasi inépuisables.

Thomas Antil, *Direction de la recherche et de l'évaluation, MSSS*

Line Beauchesne, *Département de criminologie, Université d'Ottawa*

Claire Biais, *Direction de la santé publique, Montréal-Centre*

Denis Boivin, *Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, Montréal-Centre*

Serge Brochu, *Département de criminologie, Université de Montréal*

Reginald Cummings, *Opération Nez Rouge*

Richard Cloutier, *Centre québécois de coordination sur le sida*

Suzanne Deschênes, *Chez ma cousine Evelyn Inc.*

Guylaine Desjardins, *Concertation en toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve*

Luc Laberge, *Concertation en toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve*

Michel Landry, *Centre de réadaptation Dollard-Cormier*

Pierre Lauzon, *Centre de recherche et d'aide pour narcomanes*

Jinette Marcil-Denault, *Centre de réadaptation Dollard Cormier*

Carole Morissette, *Direction de la santé publique, Montréal-Centre*

Pierre Paquin, *Centre de réadaptation Dollard Cormier et programme P-CRA*

Par ailleurs, l'auteur tient à manifester sa reconnaissance au D^{re} Julie Bruneau (*Hôpital Saint-Luc*) pour le travail de réviseur externe qu'elle a accepté d'effectuer à la demande du Comité permanent; ses commentaires judicieux ont permis de nuancer et bonifier le texte. Il remercie de même Mesdames Jocelyne Forget, Louise Nadeau et Lise Roy, du Comité permanent, pour la pertinence de leurs commentaires de lecture, sur le fond autant que sur la forme, lors du processus de rédaction de la version finale.

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité a mené, en 1995-1996, une consultation publique auprès des intervenants du terrain en vue d'alimenter la réflexion sur les questions de l'heure dans le champ de la toxicomanie. Au cours de cette consultation, plusieurs participants ont manifesté un intérêt marqué pour l'approche de réduction des méfaits. Cependant, il est aussi ressorti de cette consultation qu'une réelle confusion persistait au sein de la communauté quant à la définition de cette approche et quant à la place qu'elle pourrait prendre dans l'éventail des stratégies disponibles en toxicomanie. Sur la base de ce constat, le CPLT a décidé de commander un rapport visant à mettre à la disposition des différents intervenants concernés un outil de vulgarisation et d'orientation permettant de les guider dans leurs choix d'actions. Le mandat a alors été confié à monsieur Pierre Brisson, qui avait déjà manifesté son intérêt pour cette approche et qui disposait déjà d'un ensemble d'informations sur le sujet.

Le texte produit par monsieur Brisson constitue, de l'avis des membres du Comité, un excellent document de référence, tout-à-fait en mesure de fournir à tous ceux et celles qui s'y intéressent l'éclairage nécessaire pour bien comprendre les tenants et aboutissants de cette approche. Le texte cerne l'ensemble de la problématique, il propose des réponses à certaines interrogations soulevées dans les différents milieux d'intervention et, en même temps, il suscite d'autres interrogations qui pourront éventuellement faire avancer encore davantage la réflexion et les échanges.

Par la publication de ce document, le Comité réaffirme sa position dans le bien-fondé de cette approche au Québec. D'ailleurs, dans son dernier rapport adressé au ministre de la Santé et des Services sociaux*, en décembre 1996, il formulait ainsi ses recommandations sur la question:

Considérant que la réduction des méfaits concentre son attention sur les conséquences de l'usage et de l'abus de psychotropes, et a comme priorité des objectifs pragmatiques et réalisables immédiatement;

Considérant que l'alourdissement des clientèles alcooliques et toxicomanes entraîne des coûts majeurs, tant sur le plan humain que sur le plan économique, exigeant du réseau de la Santé et des Services sociaux de favoriser les contacts précoces avec les usagers de psychotropes;

Considérant que la toxicomanie engendre des méfaits qui sont graves, parfois irréversibles: hépatites, VIH/sida, accidents de la route, intoxications graves;

Considérant que la notion de continuum des services s'étend de la prévention pour les élèves de l'école primaire à des programmes pour ceux qui continuent de consommer;

Considérant que l'approche de réduction des méfaits englobe à la fois la prévention primaire, secondaire et tertiaire;

Considérant que la notion de «tolérance zéro» est incompatible avec la mission d'aide et de soins aux toxicomanes du réseau de la Santé et des Services sociaux;

Considérant que l'approche de réduction des méfaits a l'avantage de déterminer un cadre commun, fondé sur des préoccupations de santé, pour toutes les stratégies d'intervention développées;

Le CPLT recommande:

- a) Que le MSSS préconise une approche de réduction des méfaits en toxicomanie en s'assurant d'une définition commune des termes.*
- b) Que le MSSS prenne des dispositions pour que la méthadone sous ordonnance soit accessible aux toxicomanes dans toutes les régions du Québec, et que les modalités d'encadrement soient adaptées à leurs besoins.*
- c) Que les régies régionales conçoivent et mettent en place des programmes de réduction des méfaits, s'inscrivant dans une approche globale, dans toutes les régions du Québec.*
- d) Que le MSSS entreprenne des démarches avec le ministère de la Sécurité publique pour s'assurer de la collaboration des deux réseaux dans les programmes de réduction des méfaits.*

* La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action

Récemment, le CPLT adressait aussi au ministre de la Santé et des Services sociaux, un *Avis sur l'Objectif de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec*. Or, dans cet Avis, le Comité réitère sa position quant à la place que doit occuper l'approche de la réduction des méfaits dans les stratégies devant favoriser la santé et le bien-être de la population du Québec. À cet égard, le Comité est d'avis qu'il faut réduire le nombre de personnes qui font un usage abusif ou inapproprié de drogues illicites, ou qui adoptent une consommation d'alcool à risque, mais qu'il faut aussi réduire les méfaits associés à cette consommation, à la fois pour les usagers eux-mêmes, leur entourage et l'ensemble de la société québécoise.

À cet égard, la définition de la réduction des méfaits que le CPLT retient, à partir de celle fournie par monsieur Pierre Brisson, est la suivante:

L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements.

Par ailleurs, au-delà de ces prises de position très formelles du CPLT, il faut préciser que le document que celui-ci a voulu mettre à la disposition de la collectivité demeure un texte d'auteur. Ainsi, la vision véhiculée dans ce document et les interprétations historico-politiques quant aux contextes d'implantation de l'approche et quant aux implications des choix qu'elle suppose sont celles de l'auteur. Cette analyse contribuera sûrement à éclairer le lecteur et à faire avancer le débat.

BRISSON, Pierre (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation pratiques*.
RÉSUMÉ. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Ce résumé est un abrégé du **document de référence** réalisé, à la demande du Comité permanent, afin d'orienter les intervenants en toxicomanie et leurs partenaires concernant l'approche de réduction des méfaits. Nous recommandons la consultation du texte intégral pour retrouver le contexte, les références et les exemples qui supportent la mise en perspective qui suit. La lecture de *l'Introduction* permettra, dans tous les cas, de situer notre démarche.

OBJET D'ÉTUDE

Au point de départ, certaines précisions doivent être apportées pour mieux délimiter l'objet d'étude. Au regard de la **dénomination de l'approche**, plusieurs appellations ont cours, la principale ambivalence venant de l'utilisation concurrente des concepts de «risques» (ou dangers) et de «méfaits» (ou dommages, dégâts, préjudices, problèmes). L'expression *harm reduction*, consacrée dans le monde **anglo-saxon**, s'attache davantage au pôle des conséquences; le dénominateur «réduction des risques» est, par ailleurs, plus répandu chez les **francophones d'Europe**. Au Québec, nous sommes à ce jour les seuls à recourir au vocable «méfaits», traduction fidèle de l'esprit du terme de base *harm*, ce pourquoi nous

réaffirmons la pertinence de conserver l'expression, à la faveur de ce document.

Cela dit, nombreux sont aujourd'hui ceux qui intègrent et la notion de risques et la notion de méfaits, à l'intérieur de l'approche. Nous proposons la distinction suivante qui permet d'articuler les deux pôles: la réduction des méfaits désigne l'approche générale s'occupant, en amont, de la **réduction des risques de conséquences négatives** (associée à la prévention primaire) et, en aval, de la **réduction des conséquences négatives comme telles** (associée à la prévention secondaire et tertiaire). Ainsi, la **réduction des méfaits** s'attache à réduire les dangers comme les dégâts liés à l'usage alors que l'approche traditionnelle de **réduction de l'offre et de la demande** vise à réduire les risques d'apparition de l'usage (incidence) ou alors les cas existants (prévalence).

Au niveau de la **définition de l'approche**, une grande variété existe et l'unanimité est loin d'être acquise. En faisant le tour d'une vingtaine de définitions, fournies par des experts et des praticiens de toutes provenances (Canada, États-Unis, Europe), nous avons pu dégager le **plus petit dénominateur commun** permettant de définir l'approche de même que, par l'intégration des éléments que chacun y

apportait, **la plus large définition synthèse** sur la question. Nous proposons, en résumé, le point de départ et d'arrivée de cet exercice:

1. Définition «minimale»: *une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage.*

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

SOURCES DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

La réduction des méfaits dans le domaine des drogues est apparue comme approche au cours de la décennie 1980, en raison de l'irruption du sida dans le champ de la toxicomanie. Il serait pourtant erroné de croire que rien ne préparait à l'avènement d'une telle approche. Pour comprendre le phénomène

autant que pour en orienter l'avenir, nous croyons utile de présenter un survol des **expériences et événements «précurseurs»**, soit **six sources**, inspiratrices ou instigatrices de l'approche actuelle, selon une chronologie historique.

Savoirs traditionnels et usage de drogues au XIX^e siècle

L'histoire et l'anthropologie peuvent nous éclairer, dans une optique de réduction des méfaits, sur la capacité d'intégration des drogues par divers peuples et populations. En effet, des savoirs et des savoir-faire ont été développés à travers la **domestication des usages**, en Occident avec l'alcool, et dans d'autres cultures, avec *nos* actuelles drogues de rue. On redécouvre ou réactualise aujourd'hui ces connaissances et ces compétences dans l'effort pour instaurer une culture responsable et sécuritaire de consommation, tant chez les toxicomanes utilisateurs de drogues par injection (UDI) que chez les adolescents consommateurs d'alcool. Ainsi insiste-t-on sur les **principes et règles** permettant une meilleure gestion des usages: contrôle du dosage et de la qualité des produits, attention portée à la fréquence et aux mobiles de l'usage, choix des ambiances et des modes de consommation appropriés, etc.

Le contexte de sociétés modernes voit l'apparition de conditions nouvelles à l'utilisation des produits psychotropes: une diffusion plus large de certains produits, au XIX^e siècle, et l'avènement des contrôles

législatifs sur l'usage, au début du XX^e siècle. Plusieurs pays occidentaux, les États-Unis et la Grande-Bretagne en tête, ont effectivement connu une **diffusion à large échelle des opiacés et de la cocaïne au siècle dernier**. Ce contexte nouveau de consommation permet d'attirer l'attention sur deux faits d'importance, dans une perspective de réduction des méfaits. D'abord, la **gestion sociale des usages** s'est avérée moins problématique qu'elle ne l'est maintenant, avec les mêmes produits, en raison de la qualité et des formes moins concentrées des substances en circulation. D'autre part, la **gestion sociale des conséquences négatives de cette consommation** (les cas de dépendance) s'est effectuée dans un climat où prévalait le pragmatisme plutôt que la stigmatisation.

Le British System

Suite à l'édiction des législations antidrogue à l'échelle internationale, la Grande-Bretagne adopte une stratégie moins répressive que les nord-américains à l'endroit des drogues dorénavant proscrites. Suite aux recommandations du Rolleston Committee, en 1926, ce pays maintient un **système de prescription médicale de substances illicites** pour les gens déjà toxicomanes. Tout médecin peut ainsi prescrire la drogue jugée nécessaire (morphine, héroïne, cocaïne et plus tard, amphétamines) dans le cadre de traitement à durée variable et parfois indéfinie. Appliquée avec succès jusqu'à la fin des

années 1950, le *British System* sera resserré et mis en veilleuse au cours des années 1960-1980, dans le contexte du boom occidental de la consommation de drogues chez les jeunes générations. Au milieu de la décennie 1980, en raison de la conjonction de nouveaux facteurs dont l'apparition du sida, le modèle prescriptif sera réactualisé pour devenir une composante importante de **l'expérience de Liverpool** (Mersey).

L'introduction du traitement à la méthadone

Validé en tant que traitement d'entretien (ou de substitution) pour narcomanes au début des années 1960, aux États-Unis, le recours à la méthadone permet, à l'instar du *British System*, de réduire les **méfaits de l'usage** (sevrage physique) mais aussi **du contexte prohibitionniste de l'usage** (mode de vie criminalise, exclusion sociale, produits dangereux). Aux **États-Unis**, les programmes de méthadone connaîtront une grande expansion jusqu'au milieu des années 1970, avant d'être sujets à la critique et à un définancement massif, à l'orée des années 1980, suivant le retour du moralisme antidrogue et ce, malgré le problème du sida. En **Europe**, les années 1980 «relancent» les programmes de méthadone dans une perspective de réduction des méfaits. Au **Canada**, outre quelques expériences tentées dans les années 1960-1970, les programmes pionniers sont celui de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (ARF), ouvert à

Toronto au début des années 1970 et toujours en opération, et celui du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), lancé à Montréal, au milieu des années 1980.

Depuis l'introduction du produit, **quatre types de programmes de méthadone** peuvent être distingués, dont le degré de développement et d'agencement varie selon la culture et les politiques publiques en vigueur, d'un pays et d'un continent à l'autre: les programmes de substitution prolongés, à exigences élevées, basés sur le modèle de l'abstinence; les programmes de *maintenance* médicale ou substitution par un médecin de première ligne; les programmes d'intervention brève ou sevrage assisté à la méthadone; les programmes de substitution à exigences peu élevées ou de réduction des méfaits.

La scène de la drogue des années 1960-1970

Les décennies 1960 et 1970 ont vu émerger et s'étendre un mouvement social de rupture au plan des valeurs et du mode de vie, associé aux jeunes générations et caractérisé par **l'explosion de la consommation** de substances comme le cannabis, les hallucinogènes, l'héroïne et, éventuellement, la cocaïne. L'expansion de l'usage au cours de ces années n'est pas sans rappeler l'effervescence du XIX^e siècle, d'autant qu'elle donnera lieu, elle aussi, à une nouvelle gestion de l'usage aussi bien que des conséquences négatives de cet usage.

D'une part, ces années voient l'éclosion d'une **culture de la consommation** qui renoue avec certaines formes de savoirs traditionnels en instaurant des **règles et principes pour un usage approprié**: choix de substances brutes plutôt que raffinées, contrôle des méthodes de culture, encadrement des usages; cette attitude est présente aujourd'hui dans les préoccupations et les publications de plusieurs regroupements d'usagers associés à la réduction des méfaits. D'autre part, les problèmes nouveaux qui découlent d'une diffusion massive de substances dans un contexte de prohibition entraîneront la création d'une série **d'innovations communautaires** pour gérer, de façon plus humaine, les conséquences négatives auxquelles sont confrontés les usagers, aux plans sanitaire économique et social: réseaux téléphoniques et lignes d'urgence, centres de jour et refuges, centres de crise et cliniques libres. Ces «nouvelles institutions» sont les ancêtres directs des actuelles **ressources d'intervention précoce et de prise en charge, à bas seuil**, dans le contexte de la réduction des méfaits.

La mise en question du modèle prohibitionniste

La critique des méfaits des politiques de contrôle et de criminalisation de l'usage s'est élaborée en parallèle à l'instauration du paradigme prohibitionniste à l'échelle de la planète, au XX^e siècle. **L'échec de la**

prohibition de l'alcool constitue, à cet égard, la première mise en question du modèle prohibitionniste. À partir des années 1960, un **courant antiprohibitionniste** prend forme, s'organise et exerce une influence sociale. Le questionnement sur la pertinence des lois pénales pour gérer la consommation de drogues, notamment celle du cannabis, se retrouvent dans les conclusions de commissions d'enquête célèbres, en 1972: la Commission Le Dain, au Canada, et la Commission Baan, aux Pays-Bas. Malgré des recommandations en ce sens, au Canada, et des expérimentations dans certains états américains, seul les Pays-Bas iront de l'avant avec une décriminalisation de fait de la possession de cannabis afin de réduire les **méfais du contexte prohibitionniste**, soit: la violence, la marginalisation, le recours à des activités criminelles pour s'approvisionner et le recrutement d'usagers vers des drogues plus dures.

Depuis les années 1980, avec la radicalisation du prohibitionnisme sous l'impulsion de la «guerre à la drogue», le **mouvement antiprohibitionniste** s'est organisé à l'échelle internationale, partageant une évidente parenté au plan des fondements, de l'analyse et du membership avec l'approche de réduction des méfaits.

La mise en question du modèle thérapeutique de l'abstinence

Aux côtés des sources précédemment décrites, il faut mentionner **l'évolution des**

modèles conceptuels dans le champ des études sur l'alcoolisme vers un nouveau paradigme thérapeutique, la **consommation contrôlée**. Des chercheurs nord-américains en sciences humaines et sociales (Miller, Sobell et Sobell, Pattison, Marlatt et d'autres) ont ainsi formulé, au cours des années 1960 et 1970, le **modèle dit de l'apprentissage social** pour expliquer l'alcoolisme: il ne s'agit plus d'un problème de faiblesse de caractère (**modèle moral**) ou de vulnérabilité biologique (**modèle de maladie**), mais de l'adaptation déficiente d'un individu avec une substance donnée, dans un environnement donné. L'intervention précoce ou curative auprès de consommateurs dépendants ou d'alcooliques ne repose plus alors uniquement sur l'abstinence, mais aussi sur la possibilité d'un réapprentissage de la consommation.

Le questionnement du modèle thérapeutique de l'abstinence est, de plus en plus, une partie intégrante de **l'approche psychosociale dans le traitement des toxicomanies** et fournit une assise théorique aux artisans de la réduction des méfaits qui ont pour principe la tolérance vis-à-vis de la consommation.

SITUATION DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Les années 1980-1990

Au début des années 1980, le **sida** fait irruption et met littéralement au monde

l'approche de réduction des méfaits, d'abord en Europe où on dépiste plus rapidement le virus au sein des cohortes de toxicomanes. Sur le continent européen, la **mobilisation des usagers** et l'aménagement de nouvelles ressources comme les **programmes d'échange de seringues**, suite à un ajustement de plusieurs politiques nationales en santé publique, posent les jalons d'un nouveau modèle d'intervention en matière de drogues illicites. Les **Pays-Bas, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, la Suisse et l'Australie** sont (et demeurent) à l'avant-garde du mouvement.

Vers la fin des années 1980, d'autres pays comme la **France, les États-Unis et le Canada** emboîtent le pas, avec un décalage attribuable à la fois au retard dans le constat de foyers épidémiques chez les UDI mais aussi à une attitude politique plus rigide sur la question des drogues. La décennie 1990 voit **l'approche de réduction des méfaits** acquérir notoriété et crédibilité, à l'échelle internationale, à travers diverses manifestations: création d'associations et de groupes représentatifs dans plusieurs pays; lancement d'une conférence annuelle internationale sur la question, assortie de publications diverses; élargissement du champ d'action et de la variété des intervenants mobilisés; expériences menées dans des pays d'Europe de l'Est, d'Asie et d'Amérique du Sud.

Parallèlement, il y a **intensification de la «guerre à la drogue»** en terme d'effectifs

et d'influence dans le monde. La ratification par plus de cent pays d'une nouvelle convention internationale sur les drogues illicites, en 1988, cautionne l'augmentation des forces policières et la mise en oeuvre de procédures, tactiques et sanctions «à l'américaine», un peu partout dans le monde. Des pressions internationales s'exercent ainsi sur la **Grande-Bretagne** et les **Pays-Bas** en raison de la forte notoriété dont jouissent leurs approches de la question des drogues. Des coalitions et groupes de pression opposés à l'approche se font jour. C'est aux **États-Unis** que la résistance est la plus forte, en dépit de l'activisme de simples citoyens et de regroupements nationaux en faveur de la réduction des méfaits. Au **Canada** et au **Québec**, même si l'approche progresse plus rapidement que chez les américains, elle doit dorénavant composer avec l'adoption d'une nouvelle législation sur les drogues, toujours empreinte d'un esprit prohibitionniste.

Expériences de développement de l'approche

Les expériences néerlandaise et anglaise, souvent qualifiées de «modèles», constituent deux **exemples clés d'intégration de mesures en réduction des méfaits**; d'autres pays, la Suisse notamment, présentent des trajectoires intéressantes à ce chapitre. Les **Pays-Bas** se caractérisent par une approche pragmatique de la question des drogues, intégrée dans les institutions publiques, et qualifiée de politique de

«normalisation» en ce sens qu'usagers de drogues et toxicomanes ne doivent pas être traités comme des catégories de citoyens à part. Les composantes clés de cette politique sont la **décriminalisation de fait** des produits du cannabis et un système intégré d'interventions en santé publique, dans les deux sens, visant à la fois la **prise de contact avec les toxicomanes**, sur le terrain, et l'accès **à bas seuil à des ressources de prise en charge**, dont un programme de méthadone très développé.

La Grande-Bretagne présente un mélange de tradition (*British System*) et d'innovation qui s'est incarné dans une expérience locale, dans le comté de Mersey. Le changement des mentalités en rapport au problème des drogues et l'avènement du sida, au début des années 1980, ont favorisé la naissance de **l'expérience de Liverpool**. Les ingrédients en sont: la réactivation du **système prescriptif de drogues illicites** à l'initiative d'un médecin particulièrement dédié à la cause, le D^r John Marks, la **mobilisation des intervenants et des usagers** sur le terrain pour implanter des ressources comme l'échange de seringues et des programmes novateurs d'information et d'éducation, la **collaboration des autorités policières** locales, en appui aux mesures de réduction des méfaits. Malgré sa notoriété, cette expérience ne s'est toutefois pas généralisée.

Définition de l'approche

L'approche de réduction des méfaits, de par ses sources historiques et sa situation contemporaine, est animée de **deux grands principes** qui en dégagent les principales caractéristiques. Le **pragmatisme** est à la base d'une volonté de reconnaître l'universalité du phénomène de l'usage des drogues, de s'attacher aux conséquences négatives de la consommation et de favoriser des changements selon une hiérarchie d'objectifs; **l'humanisme** est à la base d'une volonté de rejoindre les usagers en difficulté dans leur milieu, de rendre accessibles les soins et les services dont ils ont besoin et de favoriser le respect de leurs droits ainsi que leur capacité à prendre des décisions et à se prendre en charge. Ces caractéristiques permettent de distinguer les intervenants qui recourent à **la réduction des méfaits comme moyen d'action** de ceux qui s'en réclament **comme une fin**, et pour qui l'utilisation de n'importe quelle stratégie d'intervention, incluant la répression et l'abstinence, est légitime.

La réduction des méfaits se définissant d'abord par l'accent mis sur les conséquences de l'usage, elle peut être considérée comme une **approche de prévention secondaire**. Toutefois, comme elle intègre les pôles de risques et de méfaits, son champ d'action s'élargit également à la **prévention primaire** (gestion des risques) et la **prévention tertiaire** (prise en charge

n'exigeant pas l'abstinence). Aussi peut-on distinguer, dans le répertoire des pratiques associées à la réduction des méfaits, des actions plutôt **en amont** (fourniture de matériel et aménagement de lieux sécuritaires, information et éducation) et d'autres, plutôt **en aval** (prescription de drogues, consommation contrôlée, défense et prise en charge des usagers).

PRATIQUES DE L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Pratiques liées à l'usage des drogues illicites

MATÉRIEL DE CONSOMMATION SÉCURITAIRE

L'approvisionnement en seringues (distribution, échange, vente à faible coût, kit de désinfection) représente l'essence même de l'approche de réduction des méfaits. Pratique initiée à partir du milieu des années 1980 dans certains pays européens, elle est, à ce jour, implantée dans l'ensemble des pays développés, à l'exception des États-Unis.

Au **Québec**, les programmes existent depuis la fin des années 1980, selon trois modalités: les **centres spécialisés de prévention** (ex: CACTUS), implantés depuis le début en milieu urbain et assurant la grande majorité de la distribution de seringues; les **programmes avec approche**

communautaire (ex: PIC-ATOOTS), également concentrés en milieu urbain et pratiquant l'intervention dans le milieu (*outreach*) en offrant davantage de support psychosocial et de référence; les **programmes de sites multiples non spécialisés** (ex: Directions régionales de la santé publique), implantés dans presque toutes les régions afin d'assurer l'accès aux seringues en dehors des grands centres et fonctionnant à partir du personnel de première ligne des institutions participantes (CLSC, centres hospitaliers, pharmacies).

DROGUES DE SUBSTITUTION

Seconde mesure en importance dans les politiques et programmes en réduction des méfaits, elle concerne principalement la **méthadone**, accessible sous diverses modalités (voir précédemment). En Europe, des **programmes à bas seuil** existent, en combinaison avec d'autres approches, alors qu'ils n'ont pas encore fait leur apparition en Amérique du Nord. Au Canada, l'assouplissement des normes fédérales devrait permettre des percées dans le domaine. Outre la méthadone, certains pays poursuivent (ou entament) des expériences prescriptives avec **d'autres drogues**, dans l'esprit du modèle britannique (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Australie).

Au **Québec**, deux programmes de méthadone existent: le **Centre de recherche et d'aide pour narcomanes** (CRAN), implanté depuis 1986, proposant un traitement

de substitution prolongé, en externe, avec suivi par des médecins généralistes; le programme de **l'unité de désintoxication de l'hôpital Saint-Luc**, ouvert en 1992, offrant la possibilité d'une intervention brève (sevrage assisté), en interne ou en externe. Quelques tentatives ont cours en milieu carcéral.

TRAVAIL AVEC ET PAR LES USAGERS ET L'ENTOURAGE

Dans tous les contextes d'émergence de la réduction des méfaits, le travail hors des institutions, avec et par les usagers, s'est avéré déterminant. De la **prise de contact** avec les usagers en milieu naturel au travail de prévention sur le terrain par des **pairs aidants**, revendeurs et toxicomanes, jusqu'à la **création de groupes** d'autosupport, d'expression et de revendications, l'alliance entre intervenants, usagers et parfois la communauté plus large, s'inscrit dans une perspective d'action communautaire et *d'empowerment*.

Au **Québec**, plusieurs organismes et équipes de travailleurs oeuvrent à partir du milieu des usagers. Une des expériences clés à cet égard est celle de **PIC-ATOUTS**, dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, qui combine l'*outreach*, le travail avec des pairs aidants et le développement de la capacité de prise en charge des usagers en relation avec la communauté plus large.

ZONES DE TOLÉRANCE

Les pays européens innovateurs en réduction des méfaits ont expérimenté, dès la fin des années 1980, l'implantation de zones de tolérance où les usagers peuvent consommer des drogues illicites afin de réduire les risques liés à la clandestinité. Favorisés au départ, les «sites ouverts», en plein air, comme dans la ville de Zurich, ont maintenant disparu au profit de **salles sanitaires ou salles d'injection**, plus discrètes et décentralisées, couplées à d'autres ressources sanitaires et psychosociales. Des expériences de «**trafiqants d'appartements**» et de **logements autogérés** par les usagers existent également.

Aucune zone de tolérance à l'europpéenne n'existe comme telle en Amérique du Nord. Au **Québec**, en dehors de tentatives informelles sur le terrain, une expérience officielle de zone de tolérance à l'intérieur d'une maison d'hébergement pour sans-bri toxicomanes, vivant avec le VIH/sida, a cours actuellement, à Montréal, dans le cadre du **projet-pilote Chez ma cousine Evelyn inc.** (CMCE).

INFORMATION ET ÉDUCATION

Deux types d'initiatives au plan de l'information et de l'éducation se sont développées au cours des dernières années, issues de pays pionniers comme la Grande-Bretagne: d'abord une **approche de**

prévention secondaire auprès de consommateurs réguliers, tout particulièrement les UDI, visant une meilleure gestion des risques et des conséquences de l'usage; aussi, une **approche plutôt de type primaire**, auprès de consommateurs occasionnels, pour des produits comme le MDMA (*Ecstasy*) et pouvant déboucher sur la proposition d'un **nouveau modèle éducatif sur les drogues**, à l'intention de populations plus larges.

Au Canada et au **Québec**, le matériel informatif et éducatif est encore majoritairement associé à la **prévention du sida** et destiné à des **sous-groupes spécifiques** (homosexuels, UDI, usagers de stéroïdes).

APPLICATIONS ET MODIFICATIONS DES LOIS

Des modalités d'application ou des modifications des lois pour les rendre moins rigides ont été expérimentées dans plusieurs pays: **décriminalisation de fait** de la possession de cannabis aux Pays-Bas, **collaboration** entre autorités policières et intervenants en santé publique en Grande-Bretagne et en Allemagne, **déjudiciarisation** de la possession de cannabis dans certains états australiens. Aux États-Unis, la politique de criminalisation en matière de drogues demeure inflexible alors qu'au Canada, en dépit d'ouvertures au principe de la déjudiciarisation et à la pratique de police communautaire, la nouvelle

législation fédérale reconduit le **statu quo** sur la question.

Pratiques liées à l'usage des drogues licites

MODIFICATION DES SUBSTANCES

Il est ici question de modifications, le plus souvent initiées par les compagnies fabricantes, qui rendent les **produits consommés moins concentrés** et donc **plus faciles à gérer** pour les consommateurs: boissons alcoolisées à plus faible teneur en alcool, cigarettes «légères», médicaments mieux dosés et plus facilement assimilables, etc. Ces mesures, dans le cas de la cigarette, n'ont pas toujours les résultats escomptés et, dans le secteur des boissons alcoolisées, sont souvent neutralisées par la mise en marché de produits «forts», supérieurs en alcool.

PRODUITS DE SUBSTITUTION

Comme pour les drogues illicites, des substances de substitution peuvent être utilisées comme adjuvants thérapeutiques ou produits de remplacement moins nocifs: la **naltrexone**, pour aider au traitement de problèmes d'alcool; la **gomme à mâcher**, les **timbres**, les **vaporisateurs nasaux** et les **inhalateurs de vapeurs**, en remplacement du tabac fumé; la provision **d'alcool régulier** comme solution de rechange aux produits fortement concentrés ou aux solvants, chez les itinérants; des

stéroïdes prescrits légalement en substituts à ceux détournés du marché pharmaceutique.

CONSOMMATION CONTRÔLÉE

Suite à l'éclosion du modèle de l'apprentissage social dans le champ de l'alcoolisme, des **programmes dits d'intervention précoce auprès de buveurs à risque** se sont progressivement implantés au cours des années 1980 et 1990, en Amérique du Nord, sous diverses modalités: intervention par le médecin généraliste; programmes autoadministrés; programmes supervisés par des professionnels de première ligne; *counseling* clinique. Au **Québec**, les **programmes L'Alcochoix et P-CRA** sont en opération, visant chacun des cibles et des objectifs différents bien que complémentaires. Des conseils et méthodes pourraient également être diffusés au regard du maintien d'une consommation modérée et moins dommageable du tabac.

MESURES ENVIRONNEMENTALES

Des modifications ou des aménagements physiques des lieux de consommation de même que des interventions publiques (communautaires, politiques) auprès des consommateurs peuvent minimiser les risques et conséquences de la consommation de produits légaux. Au plan des **mesures physiques**, notons l'aménagement du mobilier des bars, la disponibilité d'instruments d'auto-évaluation de

l'alcoolémie, le contrôle du démarrage dans les automobiles, la délimitation de sections pour fumeurs et non-fumeurs, les piluliers pour gérer sa prise de médicaments. Au plan des **mesures communautaires**, les deux principales formes d'action sont: la formation des serveurs et l'application de politiques encourageant la modération dans les établissements; la mise en place de services de accompagnement, de transport en commun ou de systèmes de chauffeur désigné. Les **mesures politiques**, quant à elles, renvoient à toutes formes de réglementations en matière d'alcool et de tabac, susceptibles d'avoir un impact sur les risques ou les conséquences négatives: limites d'âge, heures d'ouverture, taxation, délits de conduite (facultés affaiblies), etc. Le recours à de telles mesures doit toujours être mis en balance des effets contreproductifs ou pervers qu'il peut aussi générer pour qu'au total, il y ait véritablement réduction des méfaits.

D'autres domaines de pratiques, non couverts, présentent un caractère de réduction des méfaits. Signalons: les **ressources d'accueil et de prise en charge des toxicomanes**; les **pratiques de communication et d'action politique**; **l'information et l'éducation sur les drogues légales**.

SYNTHÈSE

Au terme d'un tel «panorama», il est possible d'intégrer la vision du phénomène autour de deux pôles: les **acquis** et les **questionnements**. Il est acquis que la réduction des méfaits n'est pas d'une génération spontanée, qu'elle est redevable à plusieurs expériences et traditions antérieures; il est par ailleurs indéniable que le sida en aura été le puissant révélateur et que son expansion et son élargissement ont depuis été quasi fulgurants, partant des pays pionniers d'Europe; il est entendu qu'il s'agit d'une approche pragmatique et humaniste, couvrant un spectre large sur le continuum de l'intervention en toxicomanie; il est clair que la réduction des méfaits s'incarne aujourd'hui dans des pratiques variées et au niveau des deux grands «univers» de l'usage: celui des drogues illicites et licites.

Par ailleurs, on peut questionner les rapports historiques de la réduction des méfaits avec le prohibitionnisme et l'antiprohibitionnisme, ainsi que la place de l'intervention médicale dans la gestion des problèmes de toxicomanie, en remplacement de l'approche pénale; on peut également questionner la viabilité de l'approche hors du problème d'urgence publique que constitue le sida; on peut s'interroger, partant d'une logique de réduction des méfaits, sur la pertinence de promouvoir également les bienfaits liés à l'usage; on peut se demander si l'approche ne

couvre pas un si large spectre d'intervention que plus rien ne s'en distingue; de même, est-il cohérent d'amalgamer l'univers des drogues illicites et licites, sous la même approche, et est-ce que cette approche s'applique, selon les mêmes principes et avec les mêmes caractéristiques, à d'autres problématiques et domaines d'intervention que celui de l'usage des drogues?

Il est souhaitable, dans les années à venir, que soient mieux circonscrits le **champ d'action** de même que les **indicateurs de succès** de l'approche de réduction des méfaits. Au **Québec**, on doit surtout souhaiter une **meilleure communication** entre les acteurs des secteurs de la santé et de la sécurité publiques, du communautaire et de la toxicomanie afin d'innover au plan de la réflexion, de dynamiser les pratiques et de développer une **réelle collaboration** au coeur de l'action.

Introduction

L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues suscite, depuis quelques années, un intérêt majeur dans le milieu de la toxicomanie et, plus largement, dans les champs de la santé publique et de l'intervention sociale. Cet engouement est cependant caractérisé par de nombreux débats et questionnements quant à la définition même de l'approche, ses tenants et aboutissants, son cadre opérationnel, son champ de pratiques. Aussi, au concert grandissant des experts et intervenants qui s'en réclament, fait écho un besoin manifeste d'éclaircissement des paramètres et de la portée de l'approche pour que la réflexion et l'action puissent se développer à partir d'une compréhension commune.

C'est suite à ce constat posé dans son récent *Rapport au ministre* (CPTL, 1996) que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a commandé la réalisation d'un rapport sur l'approche de réduction des méfaits, destiné à servir **d'outil d'orientation pour les intervenants québécois en toxicomanie et leurs partenaires**. Aussi nous sommes-nous efforcé de produire un **document de référence** qui permette aux acteurs concernés par le sujet — praticiens, décideurs et chercheurs dans les secteurs de la toxicomanie, de la santé publique et du communautaire — de mieux comprendre le «phénomène», de se faire une opinion et de contribuer aux discussions d'orientation à venir.

Le présent document est, pour l'essentiel, basé sur une **analyse documentaire** à laquelle nous avons voulu conserver un caractère exploratoire, de manière à rendre compte de la variété étonnante des sources, des tendances et des actions qui caractérisent l'approche de réduction des méfaits. Au plan théorique et pratique, la réduction des méfaits doit encore, selon nous, être considérée comme un modèle ou paradigme en voie de constitution. La recension a inclus des écrits et des communications publiques spécialisés (textes théoriques, bilans historiques et descriptifs), des documents à caractère politique, du matériel éducatif et promotionnel, des extraits de presse et d'internet, le tout complété par la **consultation d'informateurs clés**.

Il est important de signaler les **limites** d'une revue de littérature dans un domaine aussi jeune, sur un sujet en pleine éclosion. À cet égard, un des biais dont nous sommes conscient est la prépondérance des commentaires et analyses originant du courant aujourd'hui le plus actif dans le domaine, concentré autour des conférences internationales annuelles sur la réduction des méfaits et des publications associées, et qui s'appuie historiquement sur des expériences comme celle de la

région de Mersey, en Angleterre. Ce courant peut être qualifié de «libéral» ou «de gauche» en comparaison d'un courant de réduction des méfaits plutôt «à droite», plus «mou», principalement développé aux États-Unis et lié aux approches de traitement plus traditionnelles; comme peu d'écrits émanent à ce jour de ce pôle, le portrait proposé témoigne forcément davantage du premier courant.

À partir des matériaux sélectionnés, nous nous sommes efforcé de présenter des faits crédibles et corroborés, soulignant Les controverses et les contradictions tels qu'elles se font jour dans l'évolution actuelle du mouvement. Bien que les liens suggérés et l'organisation générale du texte reflètent, à coup sûr, un choix d'auteur, nous avons réservé nos **commentaires et interprétations** pour les *conclusions* de chapitre (2.7, 3.4, 4.4), ainsi qu'à la toute fin, dans la formulation de questions synthèse.

Notre travail a consisté à mettre en perspective l'approche de réduction des méfaits: d'une part, à travers la reconstitution du **processus de gestation et d'implantation** de l'approche; d'autre part, par la précision des **bases conceptuelles** et du **champ d'action** — international et québécois — qui permettent de la définir. C'est dire que nous avons délibérément exclu toute analyse de la pertinence ou des résultats de l'approche, ce que d'autres travaux font ou feront en se centrant spécifiquement sur de tels objectifs. Notre démarche ne s'attache donc pas aux données actuelles concernant:

- * **la prévalence et les conséquences de la consommation de drogues.** Nous prenons pour acquis que la réduction des méfaits existe parce qu'il y a effectivement usage de drogues, licites comme illicites, et que cette consommation entraîne des conséquences sanitaires et sociales négatives telles que l'infection au VIH ou les accidents d'automobile. Cela dit, le document pourra alimenter la discussion quant au bien-fondé de la réduction des méfaits dans les divers contextes où elle s'applique, en regard d'autres approches;

- * **l'impact et l'efficacité des actions en réduction des méfaits.** Nous considérons qu'un bilan évaluatif des mesures se réclamant ou associées à l'approche de réduction des méfaits est prématuré et, quant au reste, tâche ardue pour ceux qui voudraient tenter une méta-analyse à ce sujet: non seulement les divers champs d'intervention ne connaissent-ils pas le même degré d'avancement au plan méthodologique mais la comparaison, d'un secteur à l'autre, est difficilement envisageable pour l'instant sur la base d'indicateurs communs¹.

¹ À notre connaissance, les deux principaux efforts pour doter les intervenants en réduction des méfaits d'outils permettant la production d'indicateurs et, de là, la mesure de l'efficacité des actions sont ceux de Newcombe (1992) et de Kendall (1995): tous deux proposent des grilles ou matrices croisant certains paramètres comme les niveaux

Le document présente le **contenu** suivant:

Le **chapitre 1** délimite l'objet d'étude à travers la présentation des termes et des définitions qui aujourd'hui prévalent sur le sujet.

Le **chapitre 2** remonte les diverses sources historiques à la base des courants d'idées et des pratiques qui aujourd'hui caractérisent l'approche de réduction des méfaits.

Le **chapitre 3** introduit l'approche de réduction des méfaits en tant que telle, depuis l'avènement du sida jusqu'au développement actuel dans le monde, en précisant les principes et le cadre opérationnel de l'approche.

Le **chapitre 4** décrit les champs actuels d'application de l'approche de réduction des méfaits, au plan international et québécois, en distinguant les pratiques relatives à l'usage des drogues illicites et licites.

Le **chapitre 5** propose une intégration de l'approche à la lumière des acquis et des questions soulevées suite à l'exposition des données qui précèdent.

Nous sommes conscient de l'ampleur et de la densité de l'information présentée dans les pages qui suivent. Aussi avons-nous voulu faciliter la tâche du lecteur en proposant **plusieurs voies d'accès au texte**: la plus rapide est de consulter le **Résumé** qui précède, sorte de condensé de l'ensemble des dimensions abordées et qui permet, si besoin est, de repérer les sections que l'on souhaite intégrer plus en profondeur; le dernier chapitre, intitulé *Synthèse*, peut compléter ce survol rapide en exposant les éléments à «retenir» dans une perspective d'intégration de l'approche. La lecture du texte intégral demeure évidemment le meilleur gage d'assimilation de la matière. La construction du document permet alors le mode d'emploi suivant: les **trois premiers chapitres** (la moitié du document) aident à la compréhension de l'approche alors que le **chapitre quatre**, le plus détaillé et volumineux, constitue une sorte de **répertoire des actions, à consulter selon le besoin ou l'intérêt**; il n'est donc pas nécessaire de lire le document d'un couvert à l'autre pour en tirer profit. Plusieurs renvois, d'un chapitre à l'autre, favorisent également un usage de type «encyclopédique» de la somme des données rassemblées.

de conséquences (sanitaire, relationnelle, économique), les cibles des conséquences (individu, milieu, société), l'intensité et le délai des conséquences (effets bénins ou aigus, à court ou long terme), l'ordre des conséquences (effets de l'usage versus effet de la réaction sociale à l'usage).

Chapitre 1

Objet d'étude

1.1 Dénominations de l'approche

Si une part de notre travail consiste à mieux situer et définir la réduction des méfaits, il est souhaitable, au point de départ, de délimiter minimalement les contours de la chose à étudier. Première constatation, la dénomination de notre objet d'étude varie d'un endroit à l'autre ou selon les contextes. Ainsi retrouve-t-on les appellations anglaises *harm reduction*, *harm minimization*, *risk reduction*, *risk minimisation*, traduites par réduction des méfaits, minimisation des méfaits, réduction des risques, minimisation des risques mais aussi réduction des préjudices, réduction des dommages, réduction des dangers, réduction des problèmes, limitation des dégâts. On peut convenir de la relative équivalence des termes «réduction», «limitation», «minimisation» de sorte que la véritable et seule ambivalence est celle qui met en cause les concepts de risques (ou dangers) et de méfaits (ou dommages, préjudices, dégâts, problèmes). L'insistance sur les conséquences caractérise l'expression anglaise de base *harm*², les **anglo-saxons** étant d'ailleurs les créateurs de la formule maintenant consacrée: *harm reduction*. Le dénominateur commun «réduction des risques» est plus répandu chez les **francophones d'Europe** — Français, Belges, Suisses — encore que ces derniers, récemment, aient tranché pour le terme «réduction des dommages» qui désigne l'ensemble des actions en prévention secondaire et tertiaire auprès des toxicomanes, et englobe le sous-ensemble «réduction des risques», restreint à l'unique prévention des maladies transmissibles comme l'hépatite et le sida (Gervasoni et coll., 1996).

Le Québec est seul à utiliser le vocable «méfaits» lequel, en vérité, nous vient des Canadiens anglais³. Nous réaffirmons, à la faveur de ce document, la pertinence de l'expression comme traduction fidèle de l'esprit du terme de base *harm*, d'autant que l'appellation «réduction des

² Traduction du Larousse: «Mal, tort, préjudice, dommage».

³ À l'occasion de la publication d'un texte de Diane Riley à l'intérieur d'un collectif de textes francophones sur la toxicomanie, la traduction «méfaits» fut proposée et finalement retenue, non sans une discussion éditoriale quant à la pertinence d'une telle appellation (voir la note liminaire de bas de page du texte en question: Riley, 1994a). L'expression fut dès lors diffusée, à l'époque même où le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario (ARF) se mirent à l'utiliser fréquemment dans leurs publications bilingues, ce qui consacra en quelques mois l'appellation au Québec.

risques» est utilisée, chez nos voisins américains, par ceux-là même qui attaquent le bien-fondé de l'approche et rejettent toujours l'implantation de mesures comme l'échange de seringues (Drucker, 1997).

Cela dit, chez les anglophones et les francophones, plusieurs auteurs et intervenants intègrent aujourd'hui les deux pôles, risques et méfaits, dans un même cadre conceptuel, ce qui ne va pas sans confusion. Nous proposons d'emblée la distinction suivante: la réduction des méfaits désigne une approche générale comportant le pôle **réduction des risques de conséquences négatives** (associé à la prévention primaire) et celui de la **réduction des conséquences négatives comme telles** (associé à la prévention secondaire et tertiaire). Le **tableau 1.1** présente ce double aspect, mis en comparaison avec les volets d'une approche traditionnelle qui s'attaque à l'usage plutôt qu'aux effets négatifs de celui-ci.

Tableau 1.1

Objets de l'intervention primaire, secondaire et tertiaire, selon deux approches

APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS (réduction des risques et des conséquences)		APPROCHE TRADITIONNELLE (réduction de l'offre et de la demande)	
<i>diminuer les effets négatifs de l'usage</i>		<i>diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage</i>	
réduire les risques de conséquences négatives liées à l'usage	réduire les conséquences négatives de l'usage	réduire/éliminer les risques d'usage	réduire/éliminer l'usage existant
primaire	secondaire/tertiaire	primaire	secondaire/tertiaire

Il est dès lors possible de concevoir l'articulation d'actions en réduction des risques et en réduction des conséquences négatives à l'intérieur de la même approche; la ligne de démarcation entre risques et méfaits (ou dangers et dommages, pour utiliser d'autres termes) dépend alors de la **définition de l'événement indésirable à partir duquel l'ordre des causes et des conséquences s'établit**. Dans le cas de l'accès à la méthadone, par exemple, il peut à la fois s'agir d'une mesure de réduction des risques/dangers en regard de la transmission du sida (parce que les UDI adoptent alors un substitut non injectable) et d'une mesure de réduction des conséquences/dégâts en regard du mode de vie criminalisé qu'oblige l'approvisionnement sur le marché noir (parce que les usagers se procurent alors le produit légalement, à très bas coût).

Nous reviendrons sur le cadre opérationnel des notions de risques et de méfaits à la fin du **chapitre 3**, lors d'une tentative de définition plus systématique de l'objet d'étude.

1.2 Définitions de l'approche

Des façons de nommer, si nous passons aux définitions de l'approche, la variété est aussi grande et l'unanimité, loin d'être acquise, ainsi que le souligne une récente synthèse canadienne sur le sujet:

À l'heure actuelle, il n'y a pas d'accord dans la littérature en toxicomanie ou chez les praticiens quant à la définition à donner à la réduction des méfaits. Couramment, «réduction des méfaits» pourra être une appellation large ou restreinte, recouvrant diverses significations. Il y a confusion quant au sens à lui donner autant chez les acteurs de la réduction des méfaits que chez ses critiques. Des défenseurs de la réduction des méfaits considèrent la réforme des lois prohibant la possession de drogues comme partie intégrante de l'approche, d'autres pas. Certaines personnes considèrent l'emprisonnement d'usagers de drogues pour simple possession une forme de réduction des méfaits. Des professionnels travaillant pour l'abstinence peuvent aussi se considérer réduisant les méfaits de l'abus des drogues (CCLAT, 1996: 2)

Nous avons fait le tour d'une bonne vingtaine de définitions de base fournies par des experts et des praticiens, de toutes les provenances (Canada, États-Unis, Europe). Cet exercice permet de «construire», élément par élément, la définition synthèse la plus large que l'on puisse envisager sur la question. À l'inverse et comme point de départ, le plus petit commun dénominateur de toutes les formulations (ou définition minimale partagée) est: ***une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de leur usage***, ce qui implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation des drogues illégales plutôt qu'une philosophie de l'abstention (ne pas commencer à en prendre) ou de l'abstinence (arrêter d'en prendre si on a débuté), philosophies traditionnellement soutenues par l'injonction pénale ou thérapeutique. Cette proposition de base à propos des produits illicites s'est élargie, principalement chez les commentateurs canadiens et américains de l'approche, à ***la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues légales***. Cette annexion pose déjà quelques problèmes conceptuels puisqu'il ne s'agit plus tant de tolérance à l'endroit de la consommation (qui est, en ce cas, socialement permise) que de la mise de l'avant de politiques et de programmes déjà existants en matière de tabac et d'alcool, et visant une meilleure gestion de la consommation sociale de ces drogues. Plus récemment, le chercheur américain Alan Marlatt (1996; 1997) ouvre un champ encore plus large aux principes et procédés de la réduction des méfaits, soit ***la diminution des conséquences néfastes de comportements de dépendance ou de styles de vie à risque***, référant, notamment, aux programmes de contrôle

du poids chez les personnes obèses ou à la diffusion du condom auprès des gens sexuellement actifs.

Les efforts de conceptualisation de l'approche ont, par ailleurs, rapidement intégré l'idée de protection de la santé publique à la définition de base, de sorte qu'il est alors question de **«...diminution des conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la communauté et la société dans son ensemble...»** (Canada — Riley, 1996a: 17). On rencontre dans la même veine d'approche globale, multidimensionnelle, du phénomène drogue **«...diminuer les conséquences néfastes de la consommation de drogues sur les plans de la santé et de la situation socio-économique...»** (Canada — Groupe de travail..., 1997: 8) ou encore, **«...diminuer les méfaits des drogues sur la santé ainsi que les méfaits criminels et sociaux.»** (Grande-Bretagne — Bennett, 1994: 76).

Déjà chargée, la définition se nuance encore lorsqu'il s'agit de nommer les instances porteuses du courant. On parlera de **«...toutes actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation de drogues»** (Suisse — Mino, 1993: 10) ou alors, de **«démarche de santé publique»** (Canada — CCLAT, 1996: 1) ou de **«politique sociale»** (Grande-Bretagne — Newcombe, 1992: 1). D'autres formulent la chose en remettant le pouvoir et la responsabilité aux usagers eux-mêmes, donnant ainsi voix au courant de la promotion de la santé et de l'*empowerment*⁴, associé à la réduction des méfaits: **«...un ensemble de stratégies et de tactiques qui encouragent les usagers de drogues à diminuer les méfaits de leur consommation, à la fois sur eux-mêmes et sur la communauté»** (États-Unis — Groupe de travail de San Francisco, in Bruneau et Côté, 1995: 9).

Le dernier élément constitutif d'une définition de base de la réduction des méfaits est celui qui chambarde le plus les balises précédentes en mettant en question l'ordre des causes et des conséquences à partir duquel peuvent être identifiés les méfaits. Pour les commentateurs prenant en compte les arguments antiprohibitionnistes, la réduction des méfaits consiste à **«...réduire les conséquences néfastes à la fois de l'usage de substances psychoactives et des contrôles publics de cet usage... notre traduction»** (États-Unis, Europe, Australie — Nadelman et coll., 1994: 1). La perspective de distinguer les méfaits des contrôles de ceux des comportements d'usage, bien qu'elle puisse théoriquement s'appliquer aussi bien au contexte des

⁴ Nous référons à la définition de Rappaport (1987), citée par Le Bossé (1996: 128): «un processus ou mécanisme par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les événements les concernant».

drogues licites qu'illicites, force généralement le départage des deux univers en raison des conséquences particulières attribuables aux législations antidrogue.

Les définitions de la réduction des méfaits forment une partition variable, à la mesure des référents pratiques et philosophiques qui s'y sont accolés, au fil des ans, lesquels reflètent le point de vue et les intérêts des acteurs, nombreux, qui s'approprient l'approche. L'intégration de toutes les strates précédentes donne la «monstrueuse» définition synthèse suivante: ***l'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social.***

Cet exercice de «construction» reflète l'esprit avec lequel nous souhaitons aborder la réduction des méfaits dans les chapitres qui suivent: aussi largement et ouvertement qu'elle se présentera à nous, en tentant de comprendre les fondements et la pertinence de ses éléments constitutifs aussi bien que de reconnaître les limites voire les contradictions que comporte une approche présentant autant de versatilité.

Chapitre 2

Sources de l'approche de réduction des méfaits

Si l'émergence de la réduction des méfaits est généralement située au cours de la décennie 1980, les manifestations d'attitudes et de pratiques apparentées ou inspiratrices de l'approche sont nombreuses au cours du dernier siècle, voire à travers l'histoire générale de l'usage des psychotropes. L'investigation systématique de ces manifestations exigerait, en soi, une étude approfondie et multidisciplinaire. Nous nous contenterons d'un survol des principaux «précurseurs» de la réduction des méfaits que plusieurs auteurs mentionnent au passage, sans prendre le temps de les présenter systématiquement, dans une chronologie historique. Nous croyons que la connaissance de ces antécédents est éclairante des dimensions, profondes ou latentes, de l'actuel phénomène en plus de fournir des pistes pour la réflexion et les actions à venir.

2.1 Savoirs traditionnels et usage de drogues au XIX^e siècle

La domestication de l'usage des produits psychotropes par les divers groupes sociaux, au sein de cultures traditionnelles ou primitives, a permis de construire, au fil de l'histoire, un savoir culturel quant à la gestion, au quotidien ou dans les circonstances exceptionnelles, des substances psychoactives. Plusieurs des méfaits causés par l'usage des drogues viennent de ce qu'on les utilise, de nos jours, sous des formes dangereuses ou dans des contextes inappropriés (Weil et Rosen, 1983).

Or, plusieurs pratiques d'information, d'éducation et d'aménagement du milieu dans une visée de réduction des méfaits cherchent bien souvent à instaurer (ou réinstaurer) une culture responsable et sécuritaire de consommation, chez les toxicomanes utilisateurs de drogues par injection (UDI) aussi bien que chez les adolescents consommateurs d'alcool. En agissant sur les connaissances, les compétences et les circonstances liées aux usages, on mène à la redécouverte ou à la réactualisation de principes et de règles permettant une meilleure gestion de la consommation: contrôle du dosage et de la qualité des produits, attention portée à la fréquence et aux mobiles de l'usage, choix des ambiances et des modes de consommation, etc. — voir à ce sujet Newcombe (1992) et Weil et Rosen (1983). Aussi, notre propre expérience occidentale de domestication de produits comme l'alcool ou celle d'autres cultures avec *nos* actuelles drogues de rue peuvent-elles nous guider sur cette voie. Le mineur bolivien qui mastique sa feuille de coca nous renseigne sur un mode d'absorption quasi idéal pour assurer un effet de stimulation constant, sans dents-de-scie, à partir de doses minimales de cocaïne; le shaman aborigène nous instruit sur le fait que des produits

puissants comme les hallucinogènes requièrent une initiation et un moment privilégié d'usage; pour les Jamaïcains rastafaris, un cadre politique et religieux préside à l'utilisation quotidienne du cannabis, etc⁵. À cet effet, une des avenues prônées pour la réduction des méfaits dans les pays en voie de développement ne serait-elle pas, justement, de retourner aux usages traditionnels de produits que le marché noir et le contexte prohibitionniste ont rendus plus dangereux en modifiant la teneur des substances tout comme les rites d'utilisation?

... il est impossible de proposer aux pays en voie de développement l'utilisation de la méthadone, le large développement de programmes d'échange de seringues, et d'autres méthodes préventives. Devant un tel conflit, un certain nombre d'experts se questionnent sur le retour à des consommations traditionnelles — feuilles de coca mâchées; opium fumé — méthodes de moindre risque, antérieurement intégrées. (Mino, 1993: 20).

Les savoirs et savoir-faire relatifs à l'usage des psychotropes sont liés à la capacité de domestication des produits à l'intérieur d'une culture donnée, domestication conditionnée par la nature des besoins collectifs en présence et des moyens disponibles pour y répondre; les sociétés, en retour, exercent un contrôle sur ces moyens (au nombre desquels sont les psychotropes) via des normes et valeurs collectives ainsi qu'à travers l'application de lois et règlements (Cardinal, 1988). L'histoire et l'anthropologie peuvent nous éclairer, dans une optique de réduction des méfaits, sur cette capacité d'intégration des drogues par divers peuples et populations au cours de l'histoire.

Si l'on observe le contexte des sociétés modernes, deux conditions nouvelles viennent caractériser l'utilisation des produits psychotropes: une diffusion plus large de certains produits, au XIX^e siècle, et l'avènement des contrôles législatifs sur l'usage, au début du XX^e siècle. Nous verrons plus loin certaines des pratiques et expériences ayant permis de gérer les usages et leurs conséquences, en contexte prohibitionniste. Dans un premier temps, revenons à l'usage des drogues au siècle dernier afin de voir quels enseignements il est possible de tirer de la situation de consommation ayant prévalu au cours de cette période.

Plusieurs pays occidentaux, les États-Unis et la Grande Bretagne au premier chef, ont connu au siècle dernier une diffusion à large échelle des certains psychotropes aujourd'hui illicites, soit les opiacés (opium, morphine et héroïne), la cocaïne et, dans une moindre mesure, le cannabis. Cette diffusion eut lieu dans un contexte d'industrialisation du commerce de l'alcool et des drogues et de montée des professions médicales (Brecher, 1972; Inglis, 1975; Berridge et Edwards, 1981; Glorie 1984; Rico, 1986; Bachman et Coppel, 1989).

⁵ Pour la description de contextes traditionnels d'usage de diverses substances psychoactives, consulter l'Index de la revue *Psychotropes* (Létourneau, 1994: 88-101).

Il est certes ardu, rétrospectivement, d'obtenir des indicateurs fiables de la prévalence réelle de l'utilisation dans un contexte où les enquêtes épidémiologiques telles que nous les connaissons aujourd'hui n'existaient pas. Toutes les descriptions historiques consultées à propos de cette période (voir ci-haut) en viennent toutefois à l'évidence d'une diffusion étendue des opiacés et de la cocaïne, dans toutes les couches de la population, qui ira en croissant jusqu'à l'arrivée des contrôles internationaux antidrogue au début du XX^e siècle⁶.

Cette période «d'effervescence» permet d'attirer l'attention sur deux faits d'importance dans une perspective de réduction des méfaits:

1. En dépit d'un contexte de consommation en forte expansion, la gestion sociale des usages s'est avérée, somme toute, moins problématique qu'elle ne l'est maintenant avec les mêmes drogues, notamment en raison de la qualité et des formes moins concentrées des substances en circulation: produits des compagnies pharmaceutiques, opium fumé (pratique introduite par les Chinois), elixirs et breuvages à base de feuilles de coca dont le vin *Mariant* et le soda *Coca-Cola* ont assuré la célébrité. C'est ainsi qu'on découvre l'existence d'usagers de «carrière», certains notoires comme le Docteur William Stewart Halsted dont Edward Brecher (1972) raconte qu'il fut l'un des plus éminents chirurgiens de l'histoire américaine, «le père de la chirurgie moderne», actif et estimé socialement, marié à la même femme jusqu'à sa mort à 72 ans, après 36 années... d'usage quotidien de morphine! Cet exemple, parmi d'autres que donne l'auteur, permet de réaliser ceci concernant les produits narcotiques: le seul méfait véritable découlant de leur usage chronique, lorsqu'on en contrôle la qualité et le dosage, est d'engendrer la dépendance (fait confirmé depuis par les spécialistes — voir à cet effet: Lehmann et Lauzon, 1988; Mino, 1996). Le cortège des méfaits physiques associés à l'héroïne de nos jours — hépatites B et C, abcès, phlébites, surdosage, VIH, malnutrition et problèmes généraux de santé — proviennent des mauvaises conditions dans lesquelles a lieu l'usage, souvent attribuables au contexte prohibitionniste. De même, les détériorations physiques que connaissent les usagers de l'époque sont davantage à mettre au compte des conditions de vie et de pauvreté de larges secteurs de la population utilisatrice, au sein de laquelle on retrouve plusieurs immigrants.

⁶ Ainsi, selon Morgan (1981) et Musto (1973), cité par Glorie (1984), les estimations du corps médical américain quant au nombre de toxicomanes passent de 80 000, en 1870, à quelque 500 000, en 1914. Pour la même année, Bachman et Coppel, citant un rapport déposé à l'ONU, en arrivent aux mêmes chiffres, soit entre 400 000 et 600 000 toxicomanes, aux États-Unis. Ces deux auteurs illustrent le phénomène de diffusion à grande échelle en relatant que dans l'unique état de l'Iowa, en 1880, «...on recense 3 000 points de vente pharmaceutique pour une population de 2 millions de personnes, soit un pour 650 habitants.» (p.121). Ailleurs, parlant du «triomphe» de la cocaïne, ils notent «...qu'elle jouit de la même popularité auprès du pauvre et du riche, du médecin et de l'homme de la rue.» (p.117). De leur côté, Berridge et Edwards (1981) comparent l'usage massif d'opium, dès le début du XIX^e siècle en Angleterre, à l'utilisation de l'aspirine de nos jours.

2. Le deuxième fait, davantage apparenté aux principes actuels de réduction des méfaits, est que cette période a donné lieu à une réaction pragmatique, non stigmatisante face aux conséquences négatives de l'usage, notamment la dépendance aux produits opiacés. Comme le note Brecher (1972), l'usage généralisé d'opium et de morphine (et de laudanum, en Grande-Bretagne) devait entraîner l'accroissement des cas d'*addiction* (dépendance physique et sevrage) dans toutes les classes de la société et à tous les âges, situation qui n'était en aucun cas accompagnée, à l'inverse de ce qui se passe aujourd'hui, d'attitudes de rejet ou de sanctions morales:

Les employés n'étaient pas congédiés pour dépendance. Les femmes ne divorçaient pas de leur mari parce qu'il était accro pas plus que les hommes ne laissaient leur femme parce qu'elle était narcomane. Les enfants n'étaient pas retirés du foyer familial et placés en maisons ou institutions d'accueil parce qu'un de leurs parents ou les deux étaient dépendants. Les *addicts* continuaient de participer activement à la vie de la communauté. Les enfants et jeunes gens dépendants poursuivaient leurs études à l'école, au collège. Ainsi, le XIX^e siècle sut éviter un des effets les plus désastreux des lois et attitudes actuelles à l'endroit des narcotiques — le développement d'une sous-culture de narcomanes délinquants, coupés de la société respectable et sans moyens de réinsertion au sein de cette société. *Notre traduction* (Brecher, 1972: 6-7)

Des réclames se mirent peu à peu à vanter des panacées capables de guérir le narcomane de son assuétude, un de ces nouveaux produits (apparemment efficace... au début) étant nul autre que l'héroïne! Virginia Berridge, spécialiste britannique de l'histoire de l'usage des drogues au XIX^e siècle, explique qu'entre la montée des problèmes de drogue dans la population et la montée des intérêts de la profession médicale s'est en quelque sorte établi un équilibre coûts/bénéfices: d'un côté, les médecins combattaient l'opïomanie chez les enfants et les cas de surdosage aux opiacés alors que de l'autre, ils demeuraient disposés à prescrire les mêmes produits aux patients stabilisés et fonctionnant bien dans leur vie de tous les jours; au total, cela confortait leur nouveau pouvoir de prescripteur et assurait ses bénéfices au collègue pharmacien (1993: 60-61).

Le double constat que l'on peut faire de l'usage populaire des drogues au XIX^e siècle — les produits en circulation étaient moins dangereux que ceux actuellement sur le marché noir et les réactions aux conséquences négatives de l'usage, moins stigmatisantes que celles que connaissent de nos jours les «drogués» — nous conduit à poser l'hypothèse suivante: au plan de la santé publique, un accroissement de l'usage social des drogues, dans un cadre permettant de limiter les risques et d'atténuer les méfaits, serait préférable à une réduction de l'usage social, dans un contexte où la gestion des risques et des méfaits est laissée pour compte.

2.2 Le *British System*

L'époque de la consommation libérale des drogues s'achève à partir de la deuxième décennie du XX^e siècle, suite aux accords internationaux de La Haye (1912-1913-1914) qui résulteront en la promulgation de législations nationales antidrogue pour les pays signataires, notamment le *Harrison Act* aux États-Unis et le *Dangerous Drugs Acts*, en Grande-Bretagne⁷. Au cours des années 1920, les philosophies de ces deux pays en matière d'application des nouvelles politiques connaîtront une évolution fort différente dont les répercussions se font sentir aujourd'hui autour des enjeux entourant l'implantation de politiques de réduction des méfaits dans l'un et l'autre pays (pour l'ensemble de la description qui suit, voir: Mino, 1990; 1996 et Stears, 1995).

Les États-Unis s'inscrivent d'emblée dans une perspective prohibitionniste qui ne reconnaît dorénavant aux médecins le droit de prescrire «qu'à des fins médicales légitimes», ce qui exclut, dans l'esprit du nouveau Narcotic Department Control⁸, la possibilité pour les usagers dépendants d'obtenir des ordonnances d'entretien — sauf dans le cas de sevrage rapide. L'application de ces mesures sur tout le territoire américain se heurte en plusieurs endroits, notamment dans le Sud, à la résistance d'autorités locales et de médecins qui ouvriront, jusque dans les années 1930, plusieurs *narcotic clinics*. La plus célèbre, la clinique de Shreveport, en Louisiane, est ouverte par le Dr Butler, en 1919. Bien que jouissant d'une excellente réputation auprès du public et des journalistes en raison de résultats probants au plan sanitaire et social (entretien de toxicomanes, sevrage, prévention des maladies vénériennes chez les prostituées, baisse de la criminalité locale), cette clinique devra fermer ses portes, en 1923, suite au harcèlement répété des agents fédéraux⁹. Le Dr Butler est mis en accusation et, dès l'année suivant la fermeture de la clinique, les observateurs notent une augmentation de la criminalité dans la ville de Shreveport. L'attitude prohibitionniste stricte des américains résultera en l'arrestation de pas moins de 40 000 médecins et pharmaciens, entre les années 1920 et 1930, et à la montée parallèle d'un marché noir florissant qui n'a, depuis, jamais périclité.

La Grande-Bretagne adopte une attitude différente des États-Unis suite aux recommandations du Rolleston Committee, en 1926, qui prône le maintien d'un système de prescription médicale des substances illicites, davantage en continuité avec les pratiques établies dans les années pré-

⁷ Dès 1908, le Canada possède sa loi anti-opium, soit six ans avant les États-Unis: les processus politiques différents de l'un et l'autre pays ont permis à la loi canadienne d'être promulguée plus rapidement même si, dans les faits, les Américains avaient entrepris leur démarche bien avant et influencé les Canadiens à agir en ce sens (sur l'origine des lois canadiennes antidrogues, voir: Geffen et coll., 1991).

⁸ Ancêtre du Federal Bureau of Narcotics et de l'actuel Drug Enforcement Administration.

⁹ Ces derniers se font passer pour des toxicomanes et multiplient les visites dans diverses cliniques afin d'établir la preuve que l'on prescrit bien des opiacés à des toxicos-dépendants ou que l'on soigne les prostituées ce qui, dans l'un et l'autre cas, est jugé amoral.

prohibitionnistes. Le but est de réduire les conséquences négatives de l'usage chez les toxicomanes et de leur permettre de continuer à mener une vie sociale normale; à cet égard, un des objectifs est clairement d'empêcher l'apparition d'un marché illicite. Cette politique, qualifiée depuis de *British System*, est pionnière d'une approche de médicalisation plutôt que de pénalisation des problèmes de toxicomanie (Marlatt, 1996). Tout médecin peut ainsi prescrire la drogue jugée nécessaire (morphine, mais aussi héroïne, cocaïne et plus tard, amphétamines) à ses patients toxicomanes dans le cadre de traitement à durée variable et parfois indéfinie. Cette politique «médicale» est appliquée avec succès jusqu'à la fin des années 1950, permettant de traiter un nombre relativement restreint de toxicomanes, dont plusieurs appartenant à la profession médicale. Sur la comparaison avec les États-Unis, Annie Mino conclura, à l'occasion de son analyse scientifique de la littérature concernant la prescription contrôlée d'opiacés, déposée au gouvernement suisse: «Bien que le lien soit difficile à faire, il faut cependant constater qu'alors que la situation semble s'aggraver rapidement aux États-Unis, elle reste à la même époque contrôlée au Royaume Uni» (1990: 69).

À la fin des années 1950, des vagues de toxicomanes plus jeunes et en provenance d'autres pays contribuent à la création de marchés parallèles. Le *British System* est alors mis en cause et les autorités en resserrent l'application, obligeant les prescripteurs à obtenir une licence et les toxicomanes bénéficiaires à s'inscrire auprès du ministère de l'Intérieur. La prescription de méthadone est alors encouragée, en remplacement de l'héroïne. Les restrictions et controverses autour de la prescription médicale de drogues au cours des années 1960-1980 sont à mettre dans le contexte du boom occidental de la consommation des drogues chez les jeunes générations de l'époque. En dépit de cet épisode, la tradition du *British System* aura perduré en Grande-Bretagne et permis, au milieu de la décennie 1980 et en raison de la conjonction de facteurs nouveaux, l'émergence d'une expérience particulière de réduction des méfaits, l'expérience de Liverpool (ou de Mersey), que sera présentée au chapitre suivant (voir **section 3.2.2**).

2.3 L'introduction du traitement à la méthadone

La méthadone est un analgésique opioïde d'origine synthétique, développé en Allemagne au cours de la seconde Grande Guerre et qui permet de supprimer les douloureux symptômes du sevrage aux opiacés. C'est en 1963 que la méthadone fut pour la première fois utilisée pour traiter les toxicomanes, à New-York. L'expérience, menée par Mary Nyswander, psychiatre, et Vincent Dole, endocrinologue, permit d'établir le cadre théorique des traitements d'entretien (*maintenance*)¹⁰ à la méthadone (Westermeyer, 1996b). L'avantage thérapeutique de la méthadone repose sur plusieurs éléments: possédant une demie-vie de 24 heures, elle peut être administrée une seule fois par jour et absorbée par voie orale plutôt que par injection; bien dosée, elle ne

¹⁰ Dans le contexte de la réduction des méfaits, on parle davantage de «substitution» à la méthadone.

provoquera ni euphorie, ni somnolence et pourra même bloquer l'effet euphorisant d'autres opiacés pris concurremment, en raison d'un phénomène de tolérance croisée (Lehmann et Lauzon, 1988; Mino, 1996).

L'introduction du principe de l'entretien à la méthadone rejoint la philosophie médicale du *British System* et constitue, avant la lettre, une authentique mesure de réduction des méfaits: méfaits physiques du sevrage, d'abord, mais aussi méfaits liés au mode de vie (criminalité, exclusion sociale) et au type d'approvisionnement (surdoses, hépatites, sida) que connaît le toxicomane, en contexte d'illégalité. Marsha Rosenbaum (1997) situe bien l'évolution du traitement à la méthadone dans le contexte des États-Unis, en distinguant deux périodes charnières:

*** La fin des années 1960 et le début des années 1970.** S'inscrivant dans le mouvement de médicalisation des problèmes sociaux (déviance, dépendances) dont c'est l'apogée, l'entretien à la méthadone connaît une large diffusion durant cette période, pour toucher jusqu'à 25 000 patients, en 1971, sur le territoire américain. D'autres facteurs contribuent à ce développement: le taux croissant de criminalité associé à la sous-culture narcomane, les problèmes de dépendance aux opiacés de plusieurs vétérans du Vietnam et une sensibilisation accrue de l'opinion publique au «problème de la drogue». Au début des années 1970, les programmes de méthadone se multiplient dans la foulée d'autres ressources innovatrices pour toxicomanes tels les centres de jour et les cliniques libres, qui sont présentées à la section suivante.

Au Canada et au Québec, les années 1960 sont caractérisées par des expériences plus ou moins contrôlées et souvent artisanales de *maintenance* médicale, notamment à partir de comprimés de méthadone que les usagers apportent à la maison. En 1971, le gouvernement fédéral impose des directives très restrictives à la pratique. À la même époque, le premier programme canadien structuré, «à l'américaine», voit le jour sous l'égide de l'ARF, à Toronto, qui existe toujours. Au Québec, des expériences peu concluantes seront tentées dans les départements de psychiatrie des hôpitaux Royal Victoria et Jewish, au milieu de la décennie.

*** La fin des années 1970 et le début des années 1980.** L'augmentation rapide du nombre de toxicomanes dans les cures d'entretien suscite bientôt deux critiques, depuis constamment reprises, qui amorcent ce que Rosenbaum qualifie d'entreprise de «démédicalisation» du processus de traitement au profit d'arguments moraux: la méthadone est alors perçue comme une «drogue» que l'on fournit à des «drogués», sans les sevrer, non un médicament permettant de réduire les méfaits; la méthadone présente

conséquemment le risque d'être détournée et d'alimenter le marché de la rue. Les années 1970 verront s'installer des normes de plus en plus restrictives sur la pratique (critères plus sévères d'admission, diminution des doses, tests d'urine) en parallèle au définancement des programmes qui culminera, dans les années 1980, avec les politiques d'austérité du président Reagan. La morale antidrogue de cette période augmente encore la pression en prônant l'abstinence comme voie unique de réadaptation, forçant les programmes de méthadone à limiter la durée de leur traitement. Ces programmes deviennent au bout du compte marginaux, inaccessibles économiquement et sujets à la stigmatisation tant des clients que du personnel. Au Canada, les directives sur l'usage de la méthadone du gouvernement fédéral demeurent strictes, limitant toutes innovations.

Avec la venue du sida, le traitement à la méthadone s'impose à nouveau comme mesure médicale pertinente, dans une optique de réduction des méfaits, partout dans le monde, sauf aux États-Unis: la résistance morale y perdure en effet, en dépit des évidences scientifiques et de l'activisme de groupes de défense qui tentent de sensibiliser l'opinion aux bénéfices des programmes (Parrino, 1996). Au Canada et au Québec, il faudra attendre que les taux de séroprévalence deviennent inquiétants, vers le milieu de la décennie, pour que des nouvelles initiatives voient le jour, dont le CRAN, à Montréal, en 1986 (voir la **sous-section** 4.2.2 pour un aperçu des pratiques actuelles, internationales et locales, concernant la méthadone).

Depuis son introduction dans les années 1960, les modèles d'intervention à la méthadone ont évolué et se sont diversifiés. Lauzon (1996b; 1995) distingue quatre types de programmes qui tous incluent, outre la pharmacothérapie, l'accès à des soins de santé:

*** Les programmes de substitution prolongés, à exigences élevées¹¹, basés sur le modèle de l'abstinence.** Il s'agit du modèle initial de Dole et Nyswander qui s'est développé à travers les nombreux programmes des années 1960 et 1970. Il implique un cadre thérapeutique structuré et un support psychosocial. Les mesures de contrôle de l'abstinence peuvent toutefois varier selon les contextes. Ce sont encore les programmes les plus répandus aux États-Unis.

¹¹ La distinction «haut seuil d'accès ou d'exigences (exigences élevées)» et «bas seuil d'accès ou d'exigences (exigences peu élevées)» est centrale en réduction des méfaits: la première expression renvoie à des protocoles d'admission et de soins plus contrôlants, qui exigent un suivi médical, des tests et souvent, l'objectif d'abstinence; la seconde caractérise des services et des soins adaptés le plus possible au cheminement de l'usager et n'exigeant habituellement pas un arrêt de la consommation. On rencontre aussi la désignation «seuil intermédiaire d'accès ou d'exigences» pour des ressources que l'on situe à mi-chemin. Finalement, on peut exprimer la même réalité, d'un point de vue différent, en recourant à l'expression «bas seuil ou haut seuil de tolérance»; un programme ou des services peuvent ainsi, au choix, être qualifiés à haut seuil de tolérance ou bas seuil d'exigences.

*** Les programmes de maintenance médicale ou substitution par un médecin de première ligne.** Il s'agit d'un modèle d'intervention plus souple, permettant d'assurer un suivi aux patients stabilisés, via un médecin de famille. Répandu en Angleterre, aux Pays-Bas et au Canada, ce type d'intervention peut être considéré à seuil intermédiaire dans la mesure où le contrôle de l'abstinence est à la discrétion du médecin, et la réinsertion du patient, souvent indéterminée. On peut facilement apparenter ce modèle à la philosophie médicale du *British System*.

*** Les programmes d'intervention brève ou sevrage assisté à la méthadone.** Il s'agit d'une intervention limitée dans le temps (généralement de 2 à 26 semaines), pouvant être menée en interne ou en externe, et visant à répondre à des situations de crise ou à préparer l'entrée en traitement prolongé. Ces programmes exigent généralement l'abstinence, surtout lorsqu'ils sont préalables à une intervention à exigences élevées, sans substitution (réadaptation basée sur l'abstinence); ils peuvent cependant être envisagés à seuil intermédiaire ou même à bas seuil dans les contextes où prime la réduction des méfaits. Dans tous les cas, les programmes d'intervention brève constituent une excellente porte d'entrée en initiant le toxicomane au processus thérapeutique de la prise en charge. Ils sont répandus en Amérique du Nord et en Europe.

*** Les programmes de substitution à exigences peu élevées ou de réduction des méfaits.** Il s'agit des mesures d'intervention développées en Europe, depuis le milieu des années 1980, visant à fournir de la méthadone aux toxicomanes sans exiger l'abstinence, dans la même perspective que la provision de seringues propres: rejoindre un maximum d'usagers afin de réduire les risques et les méfaits immédiats en favorisant des contacts répétés avec le système sociosanitaire. Ces programmes à bas seuil n'existent toujours pas en Amérique du Nord.

Le choix des modèles et leur intégration dans différents pays reflètent la culture et les politiques publiques en vigueur. Ainsi, en Amérique du Nord, la méthadone est encore le plus souvent associée à une assistance au traitement, dans une perspective d'abstinence et de réinsertion sociale alors qu'en Europe, des approches variées coexistent et, comme en Angleterre et en Suisse, cohabitent avec la prescription d'autres drogues.

2.4 La scène de la drogue des années 1960-1970

La décennie 1960 a vu émerger un mouvement social de rupture au plan des valeurs et des modes de vie, partout en Occident, mouvement souvent associé aux jeunes générations et caractérisé davantage par l'activisme politique en Europe et par la révolte existentielle, aux États-Unis. La scène de la drogue de ces années sera, à l'image de l'époque, animée de deux courants complémentaires que sont l'esprit libertaire et l'activisme communautaire (Rochon, 1979).

Côté drogues, c'est l'explosion de la consommation de substances comme le cannabis, les hallucinogènes, les amphétamines, l'héroïne et, finalement, la cocaïne, vers le milieu de la décennie 1970. Le pôle existentiel, libertaire, fortement développé aux États-Unis, verra l'éclosion d'une culture de la consommation, renouant avec les savoirs traditionnels et une certaine «écologie» de l'usage, particulièrement concernant les produits dits «psychédéliques»: substances consommées sous leurs formes brutes (naturelles, comme on disait), promotion de méthodes de culture, de préparation et de consommation sécuritaires, rituels collectifs d'usage fournissant, à tout le moins, un encadrement symbolique, des repères. On ne compte plus le nombre de guides pratiques, conviviaux, présentant de façon directe à la fois les bienfaits des substances mais aussi les risques et méfaits potentiels d'un usage dans de mauvaises conditions¹². Cette attitude d'ouverture et de pragmatisme envers les drogues influencera d'ailleurs les programmes de prévention de la décennie 1970 où l'accent sera mis sur la liberté de choisir et l'usage responsable plutôt que sur la capacité de refuser les drogues et de faire le «bon» choix (Rosenbaum, 1996).

On retrouve l'esprit (et la lettre) de cette époque dans diverses manifestations actuelles se réclamant de la réduction des méfaits. D'abord, l'exploration et l'expression de soi de même que la promotion des bienfaits de l'usage sont présentes dans le contenu de plusieurs journaux d'usagers qui ressemblent à s'y méprendre aux publications des années 1960: articles sur les usages traditionnels (hallucinogènes, feuille de coca), récits de voyages d'usagers, conseils pratiques de production ou de consommation, interviews ou hommages à des personnalités identifiées à l'univers de la drogue, bandes dessinées, etc. Notons également la production de matériel informatif explicite sur les diverses drogues, intégré à des programmes d'éducation ou distribué en

¹² La règle de base du «bon usage», soit la prise en compte du *set, setting, substance*, dont Nadeau (1984) retrace la filiation dans le cadre de la constitution des théories de l'assuétude, depuis l'épidémiologie classique jusqu'aux conceptualisations plus récentes (Zinberg, 1975; Olivenstein, 1984), fut largement diffusée dans les années 1960, notamment par des «gourous» de l'époque comme Timothy Leary et Alan Watts. En un mot, par respect pour le produit, pour soi et pour son entourage, on recommandait de ne pas prendre n'importe quoi, dans n'importe quelles dispositions et dans n'importe quelles ambiances ou circonstances.

vrac sur le terrain, qui présente les risques associés aux produits ainsi que des conseils de consommation sécuritaire¹³.

L'autre acquis de cette période historique, plus près de l'activisme communautaire, est celui de la gestion pragmatique et humanitaire des conséquences liées à l'usage des nombreux produits consommés au cours de ces années. Durant les années 1960 sont en effet mis en place des structures, services et lieux innovateurs, issus des réseaux de base et destinés à accueillir, aider et soigner les jeunes et particulièrement à maintenir en santé les usagers de drogues aux prises avec des problèmes. Edward Brecher (1972) souligne l'apport salubre de ces nouvelles «institutions indigènes» dans la gestion des problèmes découlant de l'apparition d'une sous-culture, criminalisée et marginalisée, autour de l'usage de drogues. L'auteur rappelle la panoplie de nouveaux outils communautaires introduits au cours de ces années:

- **réseaux téléphoniques et lignes d'urgence** (*switchboards and hot lines*): le besoin d'une structure de communication capable de répondre rapidement aux nouvelles demandes des jeunes ou de leurs parents (concernant les effets indésirables des drogues mais aussi divers problèmes de santé, les grossesses, les ressources sanitaires et sociales, etc.) suscite l'organisation sur le terrain de ce type de ressources dans le quartier Haight-Ashbury de San Francisco, dès 1967. Ces services se multiplièrent par la suite dans tous les grands centres urbains des Etats-Unis. Aujourd'hui, ils sont bien connus et intégrés comme outils d'intervention précoce ou de crise, dans le cadre de plusieurs problématiques (toxicomanie, violence, suicide).

- **centres de jour et refuges** (*rap centers and crash pads*): comme aucun lieu de rassemblement n'existait pour les usagers de drogues (et les jeunes en général), ils se retrouvaient le plus souvent à encombrer les rues et «troubler» la paix publique; divers organismes — religieux, humanitaires, regroupements d'usagers — prirent en main la situation et multiplièrent l'ouverture de lieux de jour où les jeunes pouvaient se rencontrer, discuter, se reposer, écouter de la musique¹⁴ ainsi que de refuges disposant de lits de camp

¹³ Nous faisons référence ici au matériel le plus récent, disponible lors de la 8ième Conférence internationale sur la réduction des risques, tenue à Paris, en mars 1997. Pour les journaux d'usagers: *Mainline* (Hollande), *ASUD* (France), *MindBodyLove* (Colombie-Britannique), *Use News* (Ontario); S&S (France). Le matériel d'information est produit par divers organismes, publics et communautaires, incluant des regroupements d'usagers: Office fédéral de la santé publique (Berne); Citizens On Drugs (Toronto); Lesbian, Gay and Bisexual Drugs Project (Londres); Collectif d'information et de Recherche Cannabinique (Paris); Harm Reduction Coalition (New-York/Oakland); ASUD (Paris); HIT (Londres). Des revues destinées à présenter des campagnes d'information et de sensibilisation en réduction des méfaits, menées en divers endroits du monde, existent également, comme *Behind Closed Doors* (Australie).

¹⁴ Dans les centres de quelques villes et lors de certains rassemblements musicaux (dont le notoire Woodstock), la consommation ouverte de marijuana sur place fut tolérée, préfigurant en cela les salles de concert et les *coffee shops* tolérant la consommation des produits du cannabis, au Pays-Bas.

ou de matelas pour ceux qui étaient «sur la route» ou avaient été rejetés du foyer familial. Ces nouveaux lieux, tenus par des bénévoles et des intervenants non professionnels, ont permis d'assurer des services comme l'information sur les produits dangereux et la référence aux services médicaux. Ils allaient devenir, au fil du temps, le creuset de véritables réseaux de pairs et d'associations d'usagers. Voici ce qu'en écrivait Brecher, il y a 25 ans, en des termes littéralement prémonitoires des fondements de l'approche qui nous intéresse aujourd'hui:

Le but des centres de jour, refuges et autres institutions parallèles issus de la scène de la drogue est de *minimiser les dommages* encourus par les jeunes suite à l'utilisation de drogues ou à d'autres influences néfastes. Pareil but, bien que modeste, a au moins le mérite de pouvoir être atteint. (1972: 501) *Notre traduction mais souligné de l'auteur.*

- **centres de crise et cliniques libres** (*crisis intervention centers and free clinics*): ces ressources, destinées à répondre aux divers problèmes de santé éprouvés par les jeunes (du mauvais voyage au LSD aux troubles de santé mentale en passant par les blessures et infections diverses), furent ouvertes pour pallier à l'inadaptation flagrante des institutions officielles — services d'urgence des hôpitaux, cliniques privées — face à des demandes inhabituelles et, le plus souvent, reçues avec force jugement moral par le personnel en place. Ces institutions de première ligne étaient subventionnées par des contributions volontaires et certains fonds locaux de santé publique. La première de ces cliniques fut celle de Haight-Ashbury, à San Francisco, dont le modèle fut copié ou adapté dans plusieurs autres villes nord-américaines. Des expériences similaires seront développées au Canada sous le vocable de cliniques pour jeunes (*youth clinics*) ou cliniques de rue (*street clinics*). C'est d'ailleurs dans cette foulée qu'est né le Centre de réadaptation Alternatives, aujourd'hui intégré au Centre Dollard-Cormier:

C'est en 1969 qu'Alternatives ouvre ses portes, grâce à une subvention du gouvernement fédéral visant à encourager les initiatives à caractère communautaire [...]. Le projet, qui s'inspire des «crisis centers» et «free clinics» américains, avait été formulé par un ex-héroïnoman qui revenait des États-Unis. Essentiellement, il s'agissait d'un oasis, d'une porte ouverte sur la rue où les héroïnomanes pouvaient trouver du support et des services conseils par des pairs. (Tremblay, 1994: 17)

Ces lieux correspondent en tous points aux services dits à bas seuil que l'on cherche à multiplier et animer dans une optique de réduction des méfaits. Bas seuil en terme d'accès gratuit — donnée importante dans le contexte des États-Unis — mais surtout en terme de proximité physique et philosophique avec l'univers des usagers.

À ces innovations communautaires, ajoutons les tests sur la qualité des drogues qu'il était possible d'obtenir, anonymement, d'un service public créé par PharmChem Laboratories, via un réseau postal (Nadelman et coll., 1994); ici encore, on préfigure des mesures actuelles en réduction des méfaits, soit les unités mobiles d'analyse de la qualité du MDMA près des lieux où se tiennent les soirées *raves*, aux Pays-Bas (voir **section 4.2.5**).

A l'instar des années 1870-1890, la scène de la drogue des années 1960-1970 représente une période où se sont développés des mécanismes sociaux de gestion des usages et de gestion des conséquences négatives des usages. Mais, à l'inverse du siècle dernier, les façons de faire se sont déployées en contexte prohibitionniste, donnant lieu à des innovations sur le terrain qui préfigurent les moyens aujourd'hui mis en oeuvre dans le cadre de la réduction des méfaits. De plus, cette période aura donné lieu à la manifestation forte des courants libertaire et communautaire qui, avec le courant médical précédemment décrit (aujourd'hui identifié à la santé publique), constituent les trois piliers idéologiques du mouvement actuel.

2.5 La mise en question du modèle prohibitionniste

Les politiques de contrôle en matière d'alcool et de drogues datent du début du XX^e siècle et se sont incarnées, plus que dans tout autre pays, aux États-Unis; ces derniers en sont demeurés, jusqu'à nos jours, les ardents défenseurs à l'échelle de la planète. Il n'est pas un hasard que ce soit le seul pays à avoir connu une prohibition totale de l'alcool, à l'échelle nationale, de 1919 à 1933. Ce courant prohibitionniste qui traverse le siècle se manifeste, de nos jours, dans l'idéologie de la «guerre à la drogue». Au long de son histoire, il s'est trouvé attaqué par la critique qui, pour l'essentiel, a toujours mis de l'avant l'argument suivant: le contrôle de l'usage des drogues cause plus de méfaits que l'usage lui-même. Le fait que la prohibition de l'alcool se soit avérée, de l'avis des experts, un échec sanitaire et social, et qu'il soit apparu un meilleur choix de santé publique de gérer socialement les problèmes liés à l'alcool plutôt que d'en restreindre l'usage, est certes matière à réflexion, même chez des commentateurs modérés:

On peut s'étonner de ce que si peu de leçons aient été tirées de l'échec de la prohibition de l'alcool aux États-Unis. Ni la destruction exemplaire des alambics, ni la poursuite des *moonshiners* [...], ni la fermeture spectaculaire des *saloons* n'ont éliminé la consommation d'alcool aux États-Unis ou au Canada anglais. Au contraire, on a vu s'instaurer la règle de consommation systématiquement observée dans tous les contextes prohibitionnistes, à savoir l'utilisation d'une voie d'absorption qui assure un effet pharmacologique maximal avec une quantité minimale de produit. C'est avec de l'alcool de plus de 50 degrés que l'on s'intoxiquait, à jeun, au cours de la prohibition, boire du vin ou de la bière en mangeant étant interdit.

Aujourd'hui, dans un même contexte prohibitionniste, on s'injecte de l'héroïne plutôt que d'en fumer, on prise de la cocaïne plutôt que de mâcher les feuilles de coca, on fume du cannabis plutôt que d'en consommer par voie orale, (Nadeau, 1989: 125).

Il faudra attendre les années 1960 pour qu'un courant antiprohibitionniste comme tel exerce une véritable influence sociale: diffusion d'études, discours et débats publics, groupes de pression et même application de mesures législatives dérogatoires, toutes manifestations porteuses de remises en question des politiques prohibitionnistes à partir de la démonstration, maintes fois reprises, que ces politiques sont devenues la source principale des méfaits associés à l'usage des drogues dans nos sociétés.

À la fin des années 1960, dans la foulée des mutations sociales et culturelles précédemment décrites, plusieurs pays s'interrogent sur la pertinence des législations antidrogue existantes. Deux commissions d'enquête célèbres déposeront leurs conclusions en 1972: la Commission Le Dain, au Canada, et la Commission Baan, aux Pays-Bas. Toutes deux mettent de l'avant des recommandations concernant le cannabis: soustraire les simples usagers aux méfaits de la criminalisation et, dans le cas des Pays-Bas, également aux méfaits engendrés par le marché criminel des drogues. La recommandation majoritaire de Le Dain restera, malgré les promesses politiques, lettre morte¹⁵ alors que les Pays-Bas iront de l'avant avec ce qui, au fil des années, deviendra une politique de décriminalisation de fait de la possession de cannabis, soutenue par la vente autorisée du produit dans des lieux désignés (*coffee shops*). La logique du choix néerlandais était pragmatique: créer une séparation entre le marché des drogues à faible risque et celui des drogues dites dures afin de protéger les usagers de la violence, de la marginalisation et du passage à des produits comme l'héroïne ou la cocaïne. Vingt années plus tard, un rapport d'évaluation mené par quatre ministères du gouvernement néerlandais confirme le bien-fondé de ce choix:

La consommation de drogues douces aux Pays-Bas ne s'écarte pas, sur le plan du volume et du type, du modèle courant dans le reste du monde occidental. Ces dernières années, la consommation aux États-Unis, entre autres, dépasse à nouveau largement celle dans notre pays. Cela vaut tout autant pour les mineurs. La décriminalisation dans les années soixante-dix n'a pas non plus entraîné à l'époque une hausse de la consommation chez les jeunes. L'objectif de la politique néerlandaise — qui vise à protéger du milieu des drogues dures les jeunes adultes voulant prendre des drogues douces dans une phase de leur vie — s'est en

¹⁵ Suite à un accueil poli des conclusions de la Commission, le *Projet de loi S-19* est adopté au Sénat canadien, en 1975, qui recommande la dépénalisation de la possession simple de cannabis pour laquelle il ne devait plus être possible de recourir aux peines d'emprisonnement. Ce projet mourra au feuillet de la Chambre des communes qui, quelques vingt ans plus tard, au printemps 1997, vient d'adopter la nouvelle *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui continue à mettre de l'avant la criminalisation des usagers de cannabis.

autre révélé réaliste. Une très petite part seulement des jeunes qui ont goûté aux drogues douces passe aux drogues dures. (Ministère des Affaires étrangères..., 1996: 5)

Le rapport conclue également, au regard de la prévalence de la toxicomanie, qu'elle y est moins élevée qu'ailleurs en Europe chez les moins de 21 ans, et que les conséquences comme la morbidité et la mortalité par surdose sont moins répandues aux Pays-Bas que dans d'autres pays européens ou aux États-Unis.

Pourtant, entre 1973 et 1978, onze États américains expérimenteront une forme de dépénalisation de la possession pour usage personnel, dans la foulée des recommandations du second mandat de la Commission Schafer. Bien qu'il ait été établi que ces mesures n'ont pas provoqué d'augmentation de la consommation de cannabis (ce que tentaient de démontrer certains chercheurs), on les abandonnera peu à peu, Etat après Etat, pour en revenir à une prohibition nationale au début des années 1980. L'arrivée du président Reagan sonne le retour de la guerre à la drogue sur le plan de la politique intérieure aussi bien qu'extérieure des États-Unis (Bertrand, 1988; Reuter, 1989).

Cette radicalisation des années 1980 donnera, en contrepartie, naissance à des mouvements antiprohibitionnistes mieux organisés et plus crédibles, réunissant nombre de spécialistes — professionnels, universitaires, praticiens — qui interviennent dans les médias, publient des bulletins, organisent des colloques. Citons le Mouvement européen pour la normalisation des politiques sur les drogues (MENPD), fondé en 1986, dont le siège est à Rotterdam, aux Pays-Bas; la Drug Policy Foundation, établie aux États-Unis, en 1987, dont le siège est à Washington; la Ligue internationale antiprohibitionniste (LIA), fondée en 1989, suite à un Colloque sur la question tenu à Bruxelles, l'année précédente (*Psychotropes*, 1989; Beauchesne, 1991). Ces mouvements ont grandi parallèlement à l'émergence de l'approche de réduction des méfaits et partagent avec elle une évidente parenté au plan des fondements, de l'analyse et du membership au point où les deux courants sont aujourd'hui étroitement associés. Cela est pour certains un avantage, pour d'autres un handicap, nous y reviendrons au prochain chapitre (voir **sous-section 4.2.6**).

2.6 La mise en question du modèle thérapeutique de l'abstinence

À la suite de ces expériences — culturelle, clinique, sociale, politique — qui ont façonné les mentalités et modifié le champ des pratiques en autant de courants dont l'approche de réduction des méfaits est aujourd'hui tributaire, il est une source différente que nous aimerions aborder en conclusion de cet aperçu historique: l'évolution des modèles conceptuels, dans le champ de l'alcoolisme, vers un nouveau paradigme, celui de la consommation contrôlée¹⁶.

Les travaux de recherche, principalement dans le domaine des sciences humaines et sociales, qui ont transformé les façons de concevoir la dépendance à l'alcool s'inscrivent dans un courant essentiellement nord-américain, issu d'un univers culturel qui a connu à la fois la Prohibition et la naissance du mouvement des Alcooliques anonymes. Nadeau (1988) résume bien les tenants et aboutissants de cette «crise paradigmatique» dans le champ du savoir en toxicomanie. Les conceptions de l'alcoolisme ont ainsi évolué, depuis le siècle dernier, d'un modèle moral à un modèle de maladie puis, depuis le début des années 1960, vers un modèle dit de l'apprentissage social. Le **tableau 2.1** présente brièvement ces trois modèles en regard de leurs origines, de leurs caractéristiques et des interventions qui en découlent.

L'avènement et la consolidation théorique du nouveau paradigme, au cours de la décennie 1970, n'aura pas été sans heurts. Encore aujourd'hui, le modèle de maladie (progression inéluctable de la consommation, perte de contrôle sur le produit et irréversibilité du processus) exerce une influence considérable sur les philosophies de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. On assiste en revanche à la montée de l'approche psychosociale dans le domaine de la réadaptation qui reprend à son compte les propositions du modèle de l'apprentissage social, entre autres celle du continuum réversible de la consommation. Cette approche insiste par ailleurs sur la multidimensionnalité du phénomène de l'usage et de l'abus des drogues, résultat d'un processus dynamique entre la personne, le produit et l'environnement (Landry, 1995)¹⁷.

¹⁶ L'expression «consommation contrôlée» ou «boire contrôlé» est, depuis une dizaine d'années, abandonnée par les chercheurs eux-mêmes, notamment par Linda et Mark Sobell qui l'ont lancée. Nous avons choisi de conserver l'expression dans le rapport puisqu'il s'agit d'une mise en perspective historique et que, par ailleurs, elle est encore répandue sur le terrain, entre autres chez des intervenants qui appliquent le résultat de ces recherches en réduction des méfaits (voir **sous-section 4.3.3**). Cela dit, il serait aujourd'hui plus juste de parler de «boire modéré», de «boire non problématique» ou encore de «réduction de la consommation».

¹⁷ Pour une présentation des sources et applications de l'approche psychosociale en toxicomanie, voir Mercier (1988). L'auteure y répertorie les multiples influences constitutives, soit les approches humaniste, de soutien, comportementale et cognitive (pôle psychologique); l'apprentissage des habiletés sociales et de vie, l'approche interactionnelle, le milieu et la communauté thérapeutique et l'approche communautaire (pôle social). Dans l'avènement et la constitution originale de cette approche, au Québec, il faut citer l'influence des travaux de Stanton Peele, dès le début des années 1980 (voir Peele, 1982) et la remarquable synthèse des divers courants explicatifs de la toxicomanie, par Dollard Cormier (1984). Cet auteur aura marqué toute une génération de chercheurs et de praticiens par ses travaux où il a mis de l'avant une conception originale, systémiste et humaniste, de la personne toxicomane.

Tableau 2.1

Évolution des modèles interprétatifs de l'alcoolisme

D'après Nadeau (1988); Émond et Paquin (1995)

	Modèle moral	Modèle de maladie	Modèle de l'apprentissage social
ORIGINES	* Début du XIX^e siècle * Associé aux mouvements de tempérance et à l'intervention religieuse	* Milieu du XIX^e siècle * Première mouture par Benjamin Rush, puis incarné dans le modèle dit traditionnel à travers l'influence des AA, de Jellinek et des recherches sur la transmission héréditaire	* Début des années 1960 * Recherche publiée par Davies (1962), démontrant la capacité de sept sujets alcooliques sur 93 à contrôler leur consommation; confirmations ultérieures par les travaux de Miller, Pattison et coll., Sobell et Sobell, etc.
CARACTÉRISTIQUES	* L'individu est un pécheur un faible, un vicieux, quel-qu'un qui manque de volonté * La substance est diabolisée, source de dangers et de destruction	* L'individu n'est pas responsable, il est prédisposé, vulnérable, allergique * La substance a le pouvoir de provoquer la maladie irréversible de l'alcoolisme	* L'individu fait l'apprentissage de la consommation et peut, dépendamment des circonstances, perdre plus ou moins le contrôle et le retrouver * La substance crée des renforcements, positifs ou négatifs, en fonction de l'individu et de l'environnement auquel il est soumis
INTERVENTIONS	* Réhabilitation forcée, conversion morale visant l'abstinence * Répression, internement	* Guérison par l'abstinence totale	* Intervention précoce visant à reprendre le contrôle de la consommation (boire contrôlé); * Réhabilitation visant l'abstinence ou la consommation contrôlée

La mise en cause du modèle thérapeutique de l'abstinence fournit une assise théorique importante à l'approche de réduction des méfaits qui prône la tolérance vis-à-vis de la consommation et le réalisme quant aux objectifs de changement chez les usagers. Que les pionniers de ces recherches (Sobell et Sobell, Sanchez-Craig) ne se soient pas, à ce jour, identifiés à la

réduction des méfaits ne peut empêcher que les techniques d'intervention visant la réduction de la consommation chez les buveurs problématiques, rejeton direct de la «crise paradigmatique» précédemment décrite, soient aujourd'hui clairement assimilées aux pratiques de l'approche.

En définitive, l'évolution des savoirs en toxicomanie devrait constituer une source d'inspiration, d'ancrage et d'efficacité pour les praticiens de la réduction des méfaits, nombreux, qui sont issus des secteurs de la santé publique et du communautaire et qui manquent souvent d'acquis, théoriques et pratiques, dans leur approche des toxicomanes.

2.7 Conclusion

Le panorama des sources historiques préfigurant ou alimentant le courant de la réduction des méfaits est vaste et multiforme, à l'image de l'approche elle-même. On peut y retracer un pôle culturel, lié aux savoirs et à la culture de consommation, qu'ils soient traditionnels ou modernes; un pôle médical, oscillant entre médicalisation et approche globale de santé publique; un pôle communautaire, constitué depuis les années 1960 comme force majeure de défense des droits des usagers; un pôle scientifique qui contribue au façonnement des modèles et des méthodes en toxicomanie.

Une des constatations frappantes du bilan des sources est la place paradoxale qu'y occupent les États-Unis. Apparemment imperméable aux idées de réduction des méfaits en raison d'une adhésion au principe moral et politique de la «guerre à la drogue», ce pays est pourtant le terreau d'une majorité des manifestations que nous venons de présenter: laboratoire social de l'usage de drogues au XIX^e siècle et dans les années 1960-1970, lieu d'émergence du traitement à la méthadone et du modèle théorique de la consommation contrôlée.

L'autre constat frappant, aussi étroitement associé à la présence des États-Unis, est celui de la montée et de la consolidation progressive du prohibitionnisme comme modèle d'intervention publique en matière de drogue, au long du siècle. Le *British System*, l'entretien à la méthadone, les innovations communautaires des années 1970 et les groupes de pression abolitionnistes sont autant de manifestations dont l'existence et le développement se sont faits en raison des lois antidrogue ou en réaction à celles-ci.

Le Québec a-t-il lui aussi vécu un usage libéralisé de drogues au XIX^e siècle? Il n'existe guère de documents, à notre connaissance, permettant de statuer sur cet aspect particulier de notre histoire. Ce que l'on connaît bien, par contre, c'est l'antiprohibitionnisme dont la province fit preuve, dès le début des années 1920, préférant un système de libre accès sous supervision d'État plutôt que l'interdiction de l'alcool (Dubuc, 1994). Plus récemment, de par sa proximité avec les

États-Unis, le Québec a été fortement imprégné de la révolution culturelle des années 1960 (avec un décalage de quelques années sur nos voisins) de même que par les courants de recherche nord-américains dans le domaine du comportement. Cela explique sans doute que nos institutions cliniques et nos traditions préventives soient plus près du monde anglo-saxon que des pays latins. Ces acquis auront globalement contribué à l'originalité et l'avancement de la réflexion et des pratiques en toxicomanie au Québec: à bien des égards, nous sommes en excellente position pour effectuer la jonction avec les principes et les pratiques de l'approche de réduction des méfaits, que nous allons maintenant présenter plus en détails dans les deux chapitres qui viennent.

Chapitre 3

Situation de l'approche de réduction des méfaits

L'idée de réduction des méfaits s'est lentement esquissée au gré d'une trajectoire où empirisme et expérimentations se sont croisés, sur le terrain social comme dans les cliniques et universités. Si, à l'orée des années 1980, les conditions sont propices à la naissance de l'approche telle que nous la connaissons aujourd'hui, encore fallait-il un événement déclencheur pour cristalliser les ferments actifs au long du siècle.

3.1 Les années 1980 et 1990

3.1.1 La rencontre des problématiques toxicomanie et sida

Les premiers cas de sida sont diagnostiqués, aux États-Unis, à l'été 1981, chez des hommes homosexuels. Tout se déroule par la suite très vite: multiplication des cas aux États-Unis et dans le monde, identification des modes de transmission, par le sperme et le sang, dès 1982, et du rétrovirus lui-même, en 1984; la même année, les tests de dépistage des anticorps dans le sang sont mis au point (Murbach, 1989). En Europe, l'apparition progressive de cas de décès attribuables au sida, chez les toxicomanes, conduit au dépistage de la séroprévalence au sein de ce groupe qui devient, avant la fin des années 1980, la seconde cohorte à risque pour la transmission du VIH dans la plupart des pays industrialisés, après la communauté homosexuelle masculine (CQCS, 1994).

Ainsi, alors qu'en Amérique du Nord, l'émergence du sida s'est manifestée et cristallisée au sein du groupe des homosexuels, en Europe, les UDI ont constitué un vecteur de propagation tout aussi visible, dès le début des années 1980, dans des villes comme Milan, Madrid et Edimbourg. Il faut dire que l'usage d'héroïne est en croissance rapide depuis la fin des années 1970 dans les villes de plusieurs pays d'Europe — Pays-Bas, Grande-Bretagne, Allemagne, Suisse, France, Italie, Espagne — et que trois utilisateurs sur quatre recourent au mode de l'injection. En Amérique du Nord, on ne prendra véritablement la mesure d'une deuxième vague d'infection (chez les UDI) qu'à la fin de la décennie¹⁸.

¹⁸ Les raisons de ce «décalage» viennent à la fois du peu de cas effectivement dépistés dans la cohorte des toxicomanes mais aussi d'un déni du problème et d'une marginalisation des usagers de drogues à une époque où sévissait l'idéologie du *Just Say No*.

Cette différence historique dans la pénétration du virus sur l'un et l'autre continent explique, dans une large mesure, l'avance des européens dans la mise en place de politiques et de programmes en réduction des méfaits. Le développement précoce de foyers épidémiques à l'intérieur des milieux de toxicomanes suscite rapidement une mobilisation de la base et le déploiement de nouvelles stratégies préventives. Aux Pays-Bas, les méfaits de l'utilisation de matériel d'injection souillé chez les UDI se font d'abord sentir par une augmentation dramatique des cas d'hépatite B, au début des années 1980. Les usagers néerlandais de plusieurs villes, réunis en syndicats locaux et représentés, au plan national, par la Federation of Dutch Junkie Leagues (fondée à Rotterdam, en 1980), passent à l'action: leurs pressions entraînent la création du premier programme d'échange de seringues (PES), à Amsterdam, en 1984 (Marlatt, 1996; Riley, 1994a). À l'instar de l'activisme des usagers américains pour se doter de ressources adaptées à leurs besoins, dans les années 1970, cette mobilisation confirme l'importance de l'action communautaire dans le développement des mesures de réduction des méfaits qui suivront au long de la décennie.

Au cours des années 1980, l'approche de réduction des méfaits se construira à partir d'expérimentations et d'innovations dont l'intégration est particulièrement exemplaire dans les expériences de deux pays, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, lesquels ont véritablement établi les bases d'une philosophie nouvelle d'intervention auprès des toxicomanes. Depuis le début des années 1990, d'autres pays comme la Suisse poursuivent la recherche d'un modèle intégré et efficace d'intervention en réduction des méfaits.

L'importance du sida dans l'avènement et la consolidation de l'approche de réduction des méfaits est capitale. Bibeau et Perreault (1995) parlent de «rupture épidémiologique majeure, qui nous force à poser dans des termes inédits la question des causes du mal et à innover dans les réponses que nous y apportons» (p.234). De son côté, Virginia Berridge (1993) souligne l'analogie entre la venue du sida et l'influence de la Seconde Grande Guerre comme catalyseurs de tendances historiques: l'apparition du virus aura permis une reconfiguration de l'intervention politique à propos des drogues, en Grande Bretagne, en l'inscrivant dans le courant de la «nouvelle santé publique» ce que le conflit mondial avait, de la même manière, permis à l'époque en favorisant la concertation d'intérêts jusqu'alors divergeants pour accoucher du système national de sécurité sociale britannique (*National Health Service*). Révélateur et accélérateur, l'irruption du sida dans le champ de la toxicomanie aura mis au monde une approche dont la notoriété et l'influence n'ont depuis cessé de croître, comme en font foi les qualificatifs récents utilisés par Alan Marlatt (1996: 779 — *notre traduction*): «force révolutionnaire majeure pour la résolution des problèmes humains»; ou, plus près de nous, par Catherine Hankins (1997: 4): «mouvement social et préventif d'une puissance qui ne pourrait être délogée».

Il est indéniable que l'épidémie du sida a mis au monde l'approche de réduction des méfaits qui deviendra, par la suite, philosophie, modèle et même politique d'intervention publique dans le domaine des drogues. La gravité des conséquences de la transmission du VIH chez les usagers de drogues, plus susceptibles de propager le virus au sein de la population générale (hétérosexuelle et non toxicomane), aura créé un sentiment d'urgence et le seuil critique nécessaire à un changement de cap: les façons de voir et de faire en santé publique et en toxicomanie se sont rapidement ajustées pour faire place à un nouveau paradigme — le pragmatisme à visage humain — que plusieurs courants avaient préparé, ainsi que nous l'avons précédemment décrit.

Chaînon manquant à l'émergence de la réduction des méfaits, le sida en est également le maillon faible dans la mesure où les états de crise se résorbant, le conformisme revient souvent en force. On peut honnêtement se poser la question de la viabilité du mouvement actuel si on trouvait, dans un avenir rapproché, une solution, totale ou partielle, au problème aigu de santé publique que constitue le VIH. Des acquis au plan théorique et pratique demeureront, certes, mais la crédibilité et le pouvoir d'influence de la réduction des méfaits en seraient forcément affectés. C'est pourquoi plusieurs s'appliquent à inscrire les pratiques de réduction des méfaits dans des orientations plus larges comme l'approche populationnelle en santé publique, le modèle psychosocial en toxicomanie ou le travail d'*empowerment* en intervention sociale..

3.1.2 L'expansion de l'approche de réduction des méfaits

Au milieu des années 1980, alors que le lien entre injection de drogues et propagation du VIH est clairement établi, plusieurs pays adoptent des politiques de santé publique basées sur des principes de réduction des méfaits, emboîtant le pas aux Pays-Bas: les premiers pays à s'engager, qui toujours sont à l'avant-garde du mouvement, sont la Grande Bretagne, la Suisse, l'Allemagne, et l'Australie. Les pays latins, notamment la France, seront plus lents à réagir. En Amérique du Nord, les autorités américaines rejettent les recommandations du *National Academy of Science* qui préconisent d'investir en réduction des méfaits plutôt qu'en répression (Nadelman et coll., 1994); malgré tout, des programmes officiels d'échanges de seringues apparaissent sur le terrain, en 1986, aux États-Unis, et en 1987, à Toronto.

Au Canada, la Stratégie nationale sur le sida est mise de l'avant, en 1987. L'année suivante, le Conseil consultatif national sur le sida (CCN-SIDA), en fonction depuis 1984, forme un Groupe de travail sur l'infection au VIH chez les UDI: ce sous-comité tiendra, en 1989, un Atelier national sur le sujet et recommandera, pour la première fois, que l'infection au VIH soit considérée un méfait prioritaire à l'usage de drogues (CCLAT, 1994). Les premiers programmes officiels d'échange de seringues voient le jour en 1989, à Montréal et Vancouver (St-Jean, 1996).

Également en 1987, le Canada lance sa Stratégie nationale antidrogue (SNA), alignée sur les mesures classiques de réduction de l'offre et de la demande; le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), créé l'année suivante dans le cadre de la SNA, s'oriente toutefois clairement, dès son origine, dans une perspective de réduction des méfaits (CCLAT, 1990),

En 1986, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) exprime l'avis que les politiques traditionnelles fondées sur la réduction de l'usage ne doivent pas nuire aux mesures destinées à prévenir la propagation du sida (Riley, 1994); en 1988, l'organisme désigne les usagers de drogues, tout particulièrement les UDI, population prioritaire à cibler dans les interventions sociosanitaires (CQCS, 1994). À l'automne 1992, le comité expert de l'OMS sur la toxicomanie recommande, explicitement, l'inclusion de la réduction des méfaits dans les politiques sur les drogues, recommandation cautionnée par le Conseil exécutif de l'organisme international, début 1993 (St-Jean, 1996).

Les années 1990 voient le mouvement atteindre une stature internationale et gagner en crédibilité. Au début de la décennie, à l'instigation des autorités municipales des villes d'Amsterdam, Hambourg, Francfort et Zurich, est créée une coalition, l'*European Cities on Drug Policy* (ECDP), et signée la *Résolution de Francfort*, préconisant une modification des politiques actuelles pour permettre une transition vers des politiques de réduction des méfaits; en 1993, à sa réunion annuelle, le regroupement réunit des représentants de 58 villes, réparties dans 14 pays (Nadelman et coll., 1994); l'année même est inauguré à Baltimore (États-Unis) l'*International Network of Cities on Drug Policy*, qui mettra de l'avant une résolution similaire à celle de Francfort (St-Jean, 1996).

Début 1990 toujours, des Britanniques proches de l'expérience de Merseyside lancent la Première Conférence internationale sur la réduction des méfaits, à Liverpool, événement annuel qui depuis n'a cessé de croître, tant au plan du rayonnement que des champs d'investigation¹⁹. Ainsi, la dernière conférence en date, tenue à Paris, livrait un programme de quelques 200 présentations, en provenance d'une vingtaine de pays, portant sur un large spectre de thèmes, dans des perspectives aussi bien théoriques que pratiques. Pour la première fois, l'événement était organisé sous l'égide de l'*International Harm Reduction Association*, constituée en 1996. Ces conférences annuelles ont suscité et alimenté la réflexion sur un large corpus de connaissances diffusé, en parallèle, par la publication de recueils collectifs de textes: O'Hare et coll., 1992 (Conférence de Liverpool); Heather et coll., 1993 (Conférence de Melbourne); Erickson et coll., 1997 (Conférence

¹⁹ Les autres conférences se sont respectivement tenues à Barcelone (1991), Melbourne (1992), Rotterdam (1993), Toronto (1994), Florence (1995), Hobart, Tasmanie (1996) et Paris (1997). Sao Paulo accueillera celle de 1998.

de Toronto). La revue *International Journal of Drug Policy* ainsi que des groupes de discussion sur internet favorisent également la production et la circulation des idées sur la question.

Ces nouveaux «véhicules» auront, par ailleurs, contribué à la rencontre entre chercheurs universitaires, intervenants, professionnels de la santé, responsables de politiques et usagers de drogues à l'intérieur du mouvement de la réduction des méfaits. Au plan international, les conférences ont véritablement «lancé» la réduction des méfaits comme voie alternative et novatrice d'intervention en matière de drogues en consacrant l'élargissement de l'approche au champ des drogues licites (alcool, tabac), à des problématiques connexes (violence, prostitution) et à des sous-groupes à haut risque (jeunes de la rue, femmes, détenus). Il n'est pas un hasard si, lors de la 3^e Conférence tenue à Rotterdam, le représentant de l'OMS présent sur place déclare que la réduction des méfaits est passée du stade de l'acceptabilité à celui de la crédibilité (Riley, 1994).

Au cours de la présente décennie, un nombre accru de pays se joindront au mouvement en établissant (ou s'efforçant de le faire) des politiques et programmes de réduction des méfaits sur leur territoire. À l'heure actuelle, l'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud et l'Océanie sont fort bien représentés et des percées se font dans plusieurs pays de l'Europe de l'Est de même qu'en Afrique et en Asie (Hankins, 1997).

Aux États-Unis, en dépit d'une résistance structurelle, les pratiques de réduction des méfaits se sont implantées et se développent en plusieurs endroits, soutenues par l'activisme de simples citoyens et des groupes de pression nationaux, dont plusieurs organismes à vocation philanthropique (Drucker, 1997). La *Harm Reduction Coalition* (HRC), basée à New-York et Oakland, est particulièrement active avec une revue et le lancement, en 1996, de conférences nationales sur la question²⁰. L'association entre partisans de la réduction des méfaits et antiprohibitionnistes contribue toutefois à créer des polarisations fortement médiatisées qui retardent l'engagement des autorités politiques dans une autre voie que la guerre à la drogue. Plusieurs autres raisons expliquent, selon Nadelman et coll. (1994), la difficulté de «pénétration» des idées de réduction des méfaits en Amérique du Nord, tout particulièrement aux États-Unis: l'ampleur inégalée de l'explosion du «crack» qu'on y retrouve; l'intensité de la pauvreté, de la violence et de la dislocation sociale dans plusieurs milieux urbains; la dynamique ethnique, politique et culturelle particulière qui existe entre Blancs et Noirs, ces derniers se trouvant directement affectés par la guerre intérieure menée contre la drogue²¹; le peu de tradition d'engagement collectif pour un système de soins et de services sociaux universellement

²⁰ La *First National Harm Reduction Conference* s'est tenue à Oakland, à l'automne 1996, et se répétera cette année.

²¹ Près de la moitié des personnes incarcérées aux États-Unis sont des Noirs alors qu'ils ne composent que 13% de la population, et une majorité de ces incarcérations le sont pour des crimes liés à la drogue (Char, 1997).

accessibles. L'autoreproduction des bureaucraties dédiées au maintien de la guerre à la drogue constitue également une entrave majeure à un changement de mentalités (Beauchesne, 1991).

Au Canada comme au Québec, les mesures de réduction des méfaits progressent, moins rapidement et largement qu'en Europe, certes, mais plus facilement qu'aux États-Unis, soutenues pour une part par les pouvoirs publics et inspirées, sur le fond, par une tradition de politiques sociales plus proches de celle des Européens que des Américains. L'émergence de la réduction des méfaits, au Canada, s'est concrétisée à travers l'activisme de groupes dans le secteur de la santé publique et du sida, dont une des pionnières est Catherine Hankins (présidente du Groupe de travail issu du CNN-SIDA, mentionné précédemment); depuis le début de la décennie 1990, la progression du mouvement se fait en synergie avec le secteur de la toxicomanie, via des organismes comme le CCLAT et l'ARF autour desquels gravitent plusieurs des représentants canadiens-anglais associés au mouvement international. En Colombie-Britannique, le rapport d'enquête sur les décès par surdose déposé par le Coroner en chef Vince Cain devant le cabinet provincial, en 1994, s'avère un des documents publics les plus lucides et audacieux en terme d'orientations vers la réduction des méfaits, qui recommande, entre autres, la généralisation de l'accès à la méthadone (Kent, 1996).

Au Québec, à ce jour, c'est le dynamisme des institutions et des interventions liées à la santé publique et au sida plutôt qu'à celui du secteur des toxicomanies qui assure la pénétration et la consolidation de l'approche de réduction des méfaits. Mentionnons que l'adhésion aux principes de réduction des méfaits a été clairement affirmée dans le cadre de référence du Conseil québécois de coordination sur le sida (CQCS, 1994), les recommandations adoptées en assemblée générale annuelle par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ, 1995), le plan d'organisation quinquennal du Regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy, Préfontaine — actuel Centre de réadaptation Dollard-Cormier (Landry, 1995) — et les recommandations récentes au ministre du plus récent rapport du Comité permanent de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies (CPLT, 1996).

L'expansion fulgurante de l'approche ne doit pas faire oublier le principal obstacle à l'essor et à l'implantation d'un courant qui se présente dorénavant comme *l'alternative* aux actuelles politiques en matière de drogues: l'intensification de la «guerre à la drogue» en terme d'effectifs et d'influence dans le monde. Alors que l'on expérimentait les mesures de réduction des méfaits en Europe, en 1988, la *Convention Unique des Stupéfiants* était revue et consolidée pour devenir la *Convention des Nations-Unis contre le trafic illicite des drogues narcotiques et autre substances psychoactives*, laquelle a été, à ce jour, ratifiée par plus de cent pays. En conséquence, on assiste à une augmentation des ressources policières et pénales destinées à l'application des lois, même dans des

pays comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Australie et la Suisse, et à une diffusion parallèle des tactiques, procédures et sanctions «à l'américaine», un peu partout dans le monde. Ces développements ont eu des retombées sur les politiques néerlandaise et anglaise, comme nous le verrons plus loin, et ont abouti à la création d'associations internationales directement opposées à celles existantes en réduction des méfaits, tel l'*European Cities Against Drugs* (ECAD).

Plusieurs indices indiquent un renforcement des mesures répressives (ou mesures de maximisation des méfaits, comme plusieurs les qualifient) aux États-Unis: la *Déclaration d'Atlanta*, qui préconise la dénonciation systématique des projets de réduction des méfaits et leurs défenseurs (Drucker, 1997); la décision de couper le *Supplemental Security Income* (SSI²²) aux bénéficiaires soupçonnés d'utiliser ces fonds pour satisfaire leurs habitudes de drogues (Kral et coll., 1997); les sentences inhabituellement disproportionnées et cruelles données pour délits de drogues, à New-York, et dénoncées publiquement dans la revue *Human Rights Watch* (1997). Ajoutons qu'au Canada, la conséquence de l'adhésion au traité international antidrogue est visible dans la nouvelle législation fédérale qui vient d'être adoptée et qui représente un net recul par rapport à une vision «santé publique» de la question des drogues (Fisher, 1997).

Cela dit, l'expansion de l'approche de réduction des méfaits s'est incarnée dans une multitude de pratiques et d'expérimentations dont nous tenterons de rendre compte, ici comme ailleurs, au chapitre suivant. Pour l'instant, faisons ressortir la trajectoire de deux expériences européennes clés en la matière, apparentées mais présentant des traits distinctifs découlant des traditions et de la culture respectives en place.

3.2 Expériences de développement de l'approche

3.2.1 L'exemple néerlandais

L'exemple néerlandais, souvent perçu comme libéral et permissif, en serait plutôt un d'extrême réalisme et de pragmatisme appliquée. Le pragmatisme prône que la justesse d'une approche doit être jugée à l'aulne de ses conséquences pratiques et c'est précisément l'attitude qui caractérise l'approche néerlandaise des problèmes sociaux, qu'il s'agisse de drogues ou de prostitution. La Municipalité d'Amsterdam définit ainsi sa philosophie générale en matière de drogues:

Le point de départ est de réduire au maximum le risque que constitue la toxicomanie, tant pour le toxicomane que pour la société. C'est pourquoi (ce point de départ) a été choisi pour une approche pragmatique et réaliste, orientée sur une efficacité optimale. Une approche dogmatique et émotionnelle

²² Supplément aux allocations de Sécurité sociale pour les personnes âgées et handicapées.

n'aurait pas convenu à la culture néerlandaise et semble généralement créer plus de problèmes qu'elle n'en résout (Municipalité d'Amsterdam, 1992: 11).

C'est dans cet esprit qu'en 1976, la *Loi sur les opiacés (Opiumwet)* était amendée, pavant le chemin à une décriminalisation de fait des produits du cannabis sur la base d'une évaluation des risques acceptables associés aux diverses catégories de drogues illicites. Les autorités néerlandaises qualifient leur démarche générale à l'endroit des usagers de drogues de politique de «normalisation», objectif qu'ils atteignent avec les consommateurs de cannabis car, au même titre que les consommateurs d'alcool, ils n'ont pas à se sentir jugés ou à se mettre en marge de la société en raison de leur comportement. À l'endroit des usagers de drogues plus dures, même si l'accès au produit n'est pas libéralisé, la même philosophie de normalisation prévaut, que le directeur du Bureau de l'alcool, du tabac et des drogues du Ministère du Bien-être de la Santé et de la Culture, E.L. Engelsman, présente comme suit:

...les toxicomanes ne doivent être vus ni comme des criminels, ni comme des gens dépendants, mais comme des citoyens «normaux» qui peuvent faire des demandes «normales» et auxquels il faut offrir des opportunités «normales». Ils ne doivent pas être traités comme une catégorie à part... (Engelsman, 1989 in Mino, 1993: 13).

Dans ce contexte, les policiers collaborent aux initiatives de réduction des méfaits, concentrant leurs efforts sur la répression des trafiquants et la réduction de la violence dans la communauté. À Amsterdam, les postes de polices font même l'échange de seringues. Dans les faits, l'ensemble des mesures en place dans une ville comme Amsterdam vise à «maintenir le contact avec la majorité des toxicomanes et maximiser ainsi les occasions de leur venir en aide et de réduire les méfaits» (Riley, 1994: 135). Les services sociaux et d'aide médicale du Service municipal de la Santé sont configurés en ce sens, dans les deux directions. Au niveau de la prise de contact (*outreach*), des médecins et travailleurs de rue vont à la rencontre des toxicomanes dans les lieux publics, les postes de police et même les hôpitaux pour les informer sur les risques, leur offrir seringues et condoms de même que la possibilité d'une admission rapide en traitement, s'ils désirent arrêter de consommer. Au niveau des seuils d'accès (*threshold*), les toxicomanes qui ne sont pas disposés à arrêter peuvent bénéficier de programmes à bas seuil (méthadone distribuée par des unités mobiles — *méthadone buses*²³), ou à seuil intermédiaire (suivi dans des cliniques externes offrant des services médicaux et psychosociaux, puis, après stabilisation, suivi auprès d'un médecin

²³ Implantés depuis 1979, à Amsterdam.

généraliste²⁴). Dans tous les cas, les toxicomanes doivent être inscrits au fichier central du programme de méthadone²⁵.

L'effort de pragmatisme dont font preuve les stratégies néerlandaises de santé publique semblent porter fruit: 70% des usagers d'héroïne sont en contact, d'une façon ou d'une autre, avec un ou plusieurs des services gravitant autour du programme de méthadone, 40% étant suivis par des médecins généralistes qui bénéficient, pour ce faire, d'un soutien permanent à travers le travail en réseau (Municipalité d'Amsterdam, 1992; Limiter la casse, 1995). Concernant la prescription de drogues comme l'héroïne, les néerlandais se sont montrés plutôt prudents jusqu'à tout récemment où ils ont entrepris une nouvelle expérimentation d'entretien avec ce produit, après quelques tentatives peu fructueuses menées entre 1975 et 1990 (Mino, 1996; CCLAT, 1996).

La récente décision des autorités politiques néerlandaises de ramener de 30 à 5 grammes la quantité permise de cannabis aux fins de possession simple et de limiter l'approvisionnement des *coffee shops* à la production locale dénote une même attitude de prudence qui demeure pourtant inscrite dans un esprit pragmatique: loin de signifier un glissement vers un modèle répressif, la mesure d'ajustement devrait permettre d'éliminer les effets pervers du narcotourisme et du trafic continental de cannabis, à partir des Pays-Bas. Ces bavures, inévitables dans un environnement international prohibitionniste, lui étaient constamment reprochées par la Communauté des pays européens et surtout les États-Unis, au point de faire perdre de vue les bénéfices sociaux réels de la décriminalisation de fait du cannabis. Repli stratégique pour préserver l'esprit et les acquis d'un modèle avant-gardiste, certes, mais aussi effet indéniable de l'accentuation des pressions du mouvement de guerre à la drogue, encore dominant dans le monde (pour une mise en contexte de ces récents changements de la politique néerlandaise, voir: Ministère des Affaires..., 1996; Beauchesne, 1997b).

3.2.2 L'exemple anglais

Ce que nous désignons comme l'exemple anglais recouvre à la fois une tradition législative souple, dont témoigne le *British System*, et une capacité d'initiatives locales concertées, dont fait foi l'expérience menée dans la région de Merseyside, au Nord-Ouest de l'Angleterre, dont le chef-lieu est Liverpool. Cette expérience, que l'on qualifie de modèle de Mersey ou modèle de

²⁴ La moitié des médecins généralistes d'Amsterdam participent au programme de méthadone de la ville (Riley, 1994; Limiter la casse, 1995).

²⁵ Ce programme étonne par son degré de rationalisation: un logiciel, *Dosis*, intégré à l'appareil distributeur de méthadone permet le contrôle du dosage, la tenue de fichiers, l'enregistrement de données épidémiologiques, l'évaluation diagnostique, la facturation, etc. Il peut également être configuré pour diverses plateformes et besoins de réseaux. Le Service de la santé de la ville, via l'Office des relations internationales, offre conseils et supervision aux municipalités, régions et pays désireux d'implanter un tel système informatisé de connaissance et de gestion du problème de santé publique que constitue la narcomanie (Municipalité d'Amsterdam, 1996).

Liverpool, a été fortement médiatisée au point d'être présentée comme «le» modèle anglais alors qu'il ne s'agit que d'une expérimentation locale, à l'égard de laquelle les Britanniques eux-mêmes sont critiques et qui ne s'est pas véritablement généralisée hors de cette région.

Au milieu des années 1980, à la différence des Néerlandais qui, en quelque sorte, consolident les acquis de leurs politiques publiques à l'arrivée du sida et développent un système en continuité, les Britanniques se signalent par la rapidité et la pertinence avec lesquelles ils redéfinissent leur politique en matière de drogue. Des germes ont permis cette mutation:

*** Le plafonnement des institutions thérapeutiques en place:** depuis la mise en veilleuse du *Bristish System*, au milieu des années 1960, il n'y a à peu près plus de prescription d'héroïne en Grande-Bretagne, la substitution à la méthadone est en diminution et les toxicomanes désertent les cliniques qui n'ont guère de flexibilité en dehors du modèle désintoxication/abstinence.

*** L'évolution dans la perception des usagers de drogues:** le passage d'une vision médicale à une vision psychosociale permet dorénavant de considérer l'hétérogénéité des usages (expérimentaux, récréatifs, chroniques) et surtout, d'envisager le consommateur de drogues comme un agent actif de prévention, capable de responsabilité envers lui-même et les autres.

Au cours des années 1980, les institutions et les intervenants en place sont ainsi encouragés à diversifier leurs approches et leurs services pour les rendre plus accessibles et adaptés aux toxicomanes. L'irruption du sida radicalise le courant, ce que reconnaît et soutient le Conseil consultatif sur la toxicomanie (*Advisory Council on the Misuse of Drugs*), dès 1988. Le rapport de ce Conseil est probablement le premier document politique occidental à identifier le concept de réduction des méfaits en l'associant aux pratiques d'échange de seringues et de prescription de drogues. Le chercheur Gerry Stimson introduira, à cette époque, le paradigme propre aux «années sida» à savoir que la toxicomanie doit être abordée comme un problème de santé publique, dans la perspective non seulement de transformation des styles de vie mais aussi d'une réflexion plus large sur les mécanismes sociaux qui engendrent la marginalisation (Mino, 1990 et 1993).

L'inadéquation des services traditionnels et le changement dans la perception de la personne toxicomane sont des facteurs clés dans l'établissement de l'expérience de Mersey. C'est en effet dans ce climat que le psychiatre John Marks, à qui on propose de diriger la clinique de Widnes, en banlieue sud de Liverpool, y fait renaître la politique prescriptive anglaise d'avant 1965 en dispensant de l'héroïne, de la méthadone, des amphétamines et de la cocaïne à ses patients. En 1985, la Division régionale de la santé publique confie au D^r Marks la direction d'une seconde

clinique, à Warrington, fort du succès de la première tentative. Une troisième devait éventuellement être ouverte, à Liverpool même.

Au cours des années 1985-1990 se développent, en synergie, les innovations qui créeront le «modèle» de Mersey. Le *Mersey Regional Drug Training and Information Center* lance dans la région un des premiers programmes d'échange et de distribution gratuite de seringues; l'équipe sur le terrain est formée d'usagers et d'ex-usagers qui diffusent des messages de prévention et innovent en mettant à contribution des revendeurs qui deviennent agents de prévention dans le milieu²⁶. La prescription de drogues s'inscrit ainsi dans une perspective plus large: la distribution de seringues permet la prise de contact pour attirer les toxicomanes vers les cliniques où ils peuvent recevoir la drogue de leur choix, ce qui les maintient en retour hors de la criminalité et du marché noir et réduit d'autant les risques d'infection. Les pharmaciens locaux acceptent de participer à l'expérience en préparant sur place les ordonnances des cliniques; c'est dans ce cadre qu'un pharmacien met au point le *reefer* ou cigarette dans laquelle est injectée une dose d'héroïne, produit plus près des effets que recherche le client et qui augmente son adhésion au programme.

L'autre ingrédient central au succès du modèle de Mersey est le changement de pratiques des forces policières. Dès le début, les autorités de la sécurité publique collaborent avec celles de santé publique, les brigades locales distribuant des avertissements aux usagers arrêtés en possession de drogues lors d'une première offense, les incitant à s'inscrire dans les programmes existants de réduction des méfaits ou de traitement. Cette attitude nouvelle des policiers repose sur la reconnaissance de la réciprocité des bénéfices: s'ils contribuent à la viabilité et à l'impact des programmes établis dans la région de Mersey, les policiers profitent en retour des mesures de réduction des méfaits qui entraînent une diminution notable de la criminalité associée au marché noir dans les secteurs traditionnellement chauds de la région de Liverpool (SRC, 1994; Riley, 1994; Henman, 1996).

L'expérience de Liverpool a connu une grande notoriété à l'étranger, notamment en raison du charisme du D^r Marks et des images médiatiques autour de la prescription de drogues comme l'héroïne et la cocaïne à des toxicomanes. Dans les faits, le volume des prescriptions de drogues au cours de ces années est demeuré relativement modeste (Mino, 1990; Gossop, 1997) et les exemples spectaculaires comme la prescription de cocaïne fumable (*crack* légal) sont en fait des cas d'espèce, quasi expérimentaux (Henman, 1996). Si l'expérience demeure un plaidoyer pour la prescription des drogues que veulent les usagers, dans un système médical souple, près des

²⁶ S'inspirant d'une tradition préventive développée à la fin des années 1970, les Britanniques réorientent systématiquement les stratégies d'information et d'éducation en matière de drogues vers une approche directe et pragmatique: présentation des effets dans une perspective coûts/bénéfices, conseils d'usage sécuritaire, techniques d'administration des produits (voir la **sous-section 4. 2. 5**, au chapitre suivant).

habitudes de vie des patients, son succès est le fait d'une conjonction d'éléments dont l'un des plus importants est certes la concertation et la coordination sur le terrain d'acteurs clés, dans une communauté donnée, à un moment critique. Pourtant, au milieu des années 1990, suivant la trop forte visibilité de l'expérience, des pressions internationales et intérieures ont abouti à l'éviction temporaire du D^r Marks, de même qu'à une réorientation des politiques de santé publique vers un modèle thérapeutique à la méthadone; pour plusieurs, ce produit est depuis associé aux tentatives des pouvoirs publics d'étouffer l'expérience (Henman, 1996).

Les exemples néerlandais et anglais illustrent la spécificité des trajectoires nationales et locales dans l'élaboration et le développement de politiques et de programmes en réduction des méfaits. L'expérience néerlandaise possède un caractère institutionnel qui s'incarne, à l'échelle du pays, à travers une gestion par les municipalités engagées (elles ne le sont pas toutes), comme à Amsterdam; l'expérience anglaise émane davantage de la base, d'une volonté collective et de leaders qui ont su utiliser la tradition et la capacité d'adaptation du système britannique.

Mentionnons en terminant l'intérêt de l'expérience suisse, complémentaire aux deux précédentes en ce que qu'elle combine des éléments de gestion institutionnelle et d'action locale: sur la base décentralisée des Cantons, les autorités de santé publique proposent des programmes intégrant la prescription de drogues, l'échange de seringues, des salles d'injection et des ressources de traitement à bas seuil, en externe (Gervasoni, 1997; Klingemann, 1996)²⁷.

3.3 Définition de l'approche

3.3.1 Principes, valeurs et caractéristiques

La mise en perspective historique et la mise en situation contemporaine de l'approche de réduction des méfaits nous conduisent à réexaminer notre objet d'étude, introduit au premier chapitre, pour en tenter une définition plus précise. Quels sont les principes de base susceptibles d'être les repères «philosophiques» du mouvement actuel? On se doute bien que l'unanimité est loin d'être acquise tant il y a de témoins et d'acteurs, guidés par leurs expériences et intérêts propres. Les deux principes qui paraissent rencontrer une large part de ces expériences et intérêts sont le pragmatisme et l'humanisme (Riley, 1994; Brisson, 1995; Marlatt, 1996; Groupe de travail..., 1997). Le **tableau 3.1** présente les deux principes de même que les sources, les valeurs et les caractéristiques impliquées, dans chacun des cas.

²⁷ Nous regrettons que le temps nous ait manqué pour décrire et comparer plus systématiquement l'expérience suisse de même que des parcours intéressants comme ceux de l'Australie et de l'Allemagne.

1. Le pragmatisme: défini comme «doctrine qui donne la valeur pratique comme critère de la vérité» (Petit Robert), il s'agit du principe dont à peu près tous les partisans de la réduction des méfaits se réclament, à traduire par la maxime: **«puisque les drogues sont là pour rester, intervenons de façon à limiter les problèmes chez ceux qui en usent et leur entourage»**. Les sources sociosanitaires du pragmatisme véhiculent des valeurs tels l'accès universel aux soins et services de santé, la protection de la santé et de la sécurité publiques, la promotion de la santé, au plan individuel et collectif. Plusieurs caractéristiques de la réduction des méfaits, en contrepoids aux positions moralistes et idéalistes existantes, découlent d'une vision pragmatique du phénomène drogue:

- * **reconnaître la réalité de l'usage** des drogues (illicites) comme une expérience et un comportement parmi d'autres expériences et comportements sociaux à risque, plutôt que: *refuser l'usage de drogues comme une expérience et un comportement moralement et socialement inacceptables;*
- * **intervenir dans une perspective coûts/bénéfices**, pour l'usager et son entourage, en s'attaquant aux conséquences négatives de l'usage tout en prenant en considération les conséquences positives (bienfaits), plutôt que: *intervenir dans une perspective idéaliste, pour l'individu et la société, en s'attachant à diminuer ou éliminer l'usage de drogues quoiqu'il en coûte;*
- * **intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs** de changement qui soient prioritaires socialement et réalistes pour l'usager, plutôt que: *prôner des changements radicaux ou irréalistes comme une société sans drogue ou l'abstinence rapide et obligatoire des consommateurs.*

Tableau 3.1

Les principes de l'approche de réduction des méfaits: sources, valeurs et caractéristiques

PRAGMATISME + HUMANISME

S O U R C E S

SOCIOSANITAIRE

- * santé publique
- * approche rationnelle, mesurable, scientifique
- * réaction à l'idéalisme et au moralisme

COMMUNAUTAIRE

- * action sociale
- * approche humanitaire, civique, politique
- * réaction au paternalisme et à la discrimination

V A L E U R S

- * accès universel aux soins
- * protection de la santé et de la sécurité du public
- * promotion de la santé individuelle et collective

- * accès équitable aux ressources collectives
- * défense des droits du citoyen
- * promotion de la participation et de l'intégration sociales

C A R A C T É R I S T I Q U E S

- * L'usage des drogues est une réalité avec laquelle il faut composer
- * L'intervention doit tenir compte des coûts et des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives
- * L'intervention doit impliquer une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes

- * Aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent
- * Offrir aux usagers une variété de moyens, en fonction de leurs besoins
- * Impliquer les usagers en respectant leurs droits et favoriser qu'ils se prennent collectivement en charge

2. L'humanisme: pouvant être défini comme philosophie «qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement» (Petit Robert), ce principe, s'il n'est bien sûr pas absent des actions de santé publique (dont une des visées est l'assistance aux personnes dans le besoin), doit sa vigueur et ses réalisations à la mobilisation et à l'activisme de la base, dans le terreau du communautaire et de l'action sociale. La devise en serait: **«l'usager de drogues est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen»**. C'est précisément des valeurs d'équité sociale, de défense des droits du citoyen et de participation à la vie en société qui sont défendues dans une perspective humaniste. Les caractéristiques importantes de la réduction des méfaits découlant de l'humanisme, en opposition au paternalisme et à la discrimination sociales, sont:

- * **aller à la rencontre des usagers** là où ils sont (*outreach*), plutôt que: *attendre ou exiger des usagers qu'ils viennent vers les institutions en place;*
- * **offrir aux usagers une variété de ressources**, en terme de «portes d'entrée» (seuils d'accès) et d'opportunités de changement, qui correspondent à leurs besoins, plutôt que: *proposer un cheminement normatif auquel tous doivent s'adapter;*
- * **favoriser l'implication des usagers et le respect de leurs droits et libertés** dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-support, plutôt que: *confiner les usagers à un rôle passif, dans des démarches directives ou imposées.*

Ces principes et leurs caractéristiques délimitent les contours de l'approche de réduction des méfaits et en constituent, en quelque sorte, le tronc commun.

D'autres sources, principes et valeurs ont contribué à définir et dynamiser la réduction des méfaits, notamment le courant identifié comme libéralisme (Erickson et coll., 1997) ou libéralisme (Newcombe, 1992; Nadelman, 1993), souvent lié à l'antiprohibitionnisme et qui représente une position davantage culturelle. On y retrouve des valeurs comme la défense de la liberté de choix et d'expression, la protection de la vie privée et de l'intégrité physique, la promotion de l'autogestion des usages. Pour démarquer la réduction des méfaits de valeurs ou d'idéologies «compromettantes» au plan de l'opinion publique ou de la classe politique, l'approche est souvent présentée comme scientifique et neutre (Erickson et coll., 1997), pouvant réunir des gens de toutes allégeances, prohibitionnistes ou abolitionnistes, puritains ou libertaires, de gauche ou de droite, pour la réforme ou dans le cadre des politiques existantes, en autant que les actions posées visent la réduction de méfaits liés à l'usage des drogues (Strang, 1993).

La question se pose alors de départager les tenants d'une approche de réduction des méfaits de ceux adhérant à un modèle de criminalisation ou d'abstinence, qui prétendent que leurs actions visent aussi à réduire les méfaits individuels et collectifs, dans un même esprit de pragmatisme et d'humanisme? Car il est vrai de dire que des policiers qui saisissent de la drogue sur le marché noir ou arrêtent de simples consommateurs réduisent les méfaits causés par les produits frelatés et la détérioration des milieux où la consommation et le trafic sont enracinés; il est également vrai que les institutions et groupes thérapeutiques qui préconisent l'arrêt de consommation attaquent, en s'attachant à la substance, une des sources principales de méfaits pour l'individu et son entourage.

La distinction entre **réduction des méfaits comme moyen** et **réduction des méfaits comme fin**, introduite par Strang (1993) et reprise par le CCLAT (1996) et Hankins (1997), permet de clarifier les allégeances de ceux qui se réclament de l'approche. Ces auteurs affirment d'abord que toute politique ou action mise de l'avant dans le domaine des drogues a *nécessairement* comme but final la réduction des conséquences négatives (ou des risques de conséquences négatives) associées à l'usage. Le contraire serait de la mauvaise foi. Pour atteindre ce noble but, les moyens peuvent toutefois ne pas être les mêmes. Les adhérents à une approche de réduction des méfaits se reconnaissent aux moyens qu'ils mettent en oeuvre, qui doivent répondre aux caractéristiques énoncées précédemment: on s'attaque aux conséquences de l'usage et non à l'usage et on vise un changement n'impliquant pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt de la consommation; ce faisant, on aborde les usagers comme des personnes à part entière et on est à l'écoute de leurs besoins ou de leurs décisions. La réduction des méfaits se distingue donc par une action dans un contexte où la consommation a cours, est maintenue, se poursuit, bref, est tolérée, le but ultime pouvant bien-sûr être, à l'instar d'autres approches, l'atteinte de l'abstinence. Comme le résume le CCLAT (1996: 2):

Entre d'autres mots, toutes les politiques et tous les programmes en matière de drogues cherchent à réduire les méfaits reliés aux drogues, mais ce ne sont pas toutes les politiques et tous les programmes ayant pour but de réduire les méfaits qui peuvent être considérés comme des stratégies de réduction de méfaits. (*Notre traduction*)

3.3.2 Risques et méfaits sur le continuum de l'intervention

L'emploi souvent indifférencié des vocables «réduction des risques» et «réduction des méfaits», à l'intérieur de la littérature sur l'approche, contribue à créer de la confusion, comme nous le mentionnions en introduction. La spécificité de l'approche est bel et bien de s'attaquer aux conséquences, d'où notre choix de conserver le terme «méfaits» plutôt que celui de «risques». L'accent sur les conséquences et le parti-pris de travailler à partir de la réalité de la consommation

situent d'emblée la réduction des méfaits comme approche de prévention secondaire, définie comme suit par Cormier et coll. (1991):

La prévention secondaire se définit comme une intervention spécialisée s'adressant à ceux qui ont déjà manifesté des signes d'une certaine difficulté avec les psychotropes en raison d'un usage inapproprié selon la nature même de la drogue en question: usage immodéré de l'alcool, le plus souvent intermittent, menant à la perpétration de frasques plus ou moins sérieuses; usage de drogues illicites constituant en soi un geste reprehensible en raison de lois promulguées concernant leur usage et leur possession; usage marquant une tendance à s'établir en habitude, etc. (p. 153)

Il s'agit toutefois d'une prévention secondaire renouvelée par l'apport du pragmatisme et de l'humanisme, qui ne consiste plus au dépistage automatique des usagers de drogues illicites ou en difficulté, afin qu'ils corrigent leur comportement sous peine d'être contraints, bon gré mal gré, au traitement. Certains associent cette «nouvelle» prévention secondaire aux approches développées en santé publique auprès des groupes à haut risque (CCLAT, 1996).

De fait, le terrain d'action de la réduction des méfaits couvre l'ensemble du continuum de l'intervention, depuis le primaire jusqu'au tertiaire. D'abord prévention secondaire — dont l'échange de seringues a, dès le début, constitué l'image d'épinal —, la réduction des méfaits semble naturellement s'être étendue pour intégrer les nouvelles pratiques en prévention primaire et en réadaptation (tertiaire), à la faveur de changements de cap qui se sont également produits, au cours des années 1980: ainsi, le stade primaire a évolué vers des objectifs de prévention de l'abus plutôt que de l'usage, suite à l'échec de la stratégie antidrogue et des programmes d'éducation de type *Just Say No*; au plan tertiaire, la mise en question de l'efficacité des approches monolithiques préconisant la même démarche pour tous axée sur l'abstinence a évolué vers l'offre d'une variété de programmes et de services, en fonction des besoins et caractéristiques des toxicomanes (Lamarche et Landry, 1994).

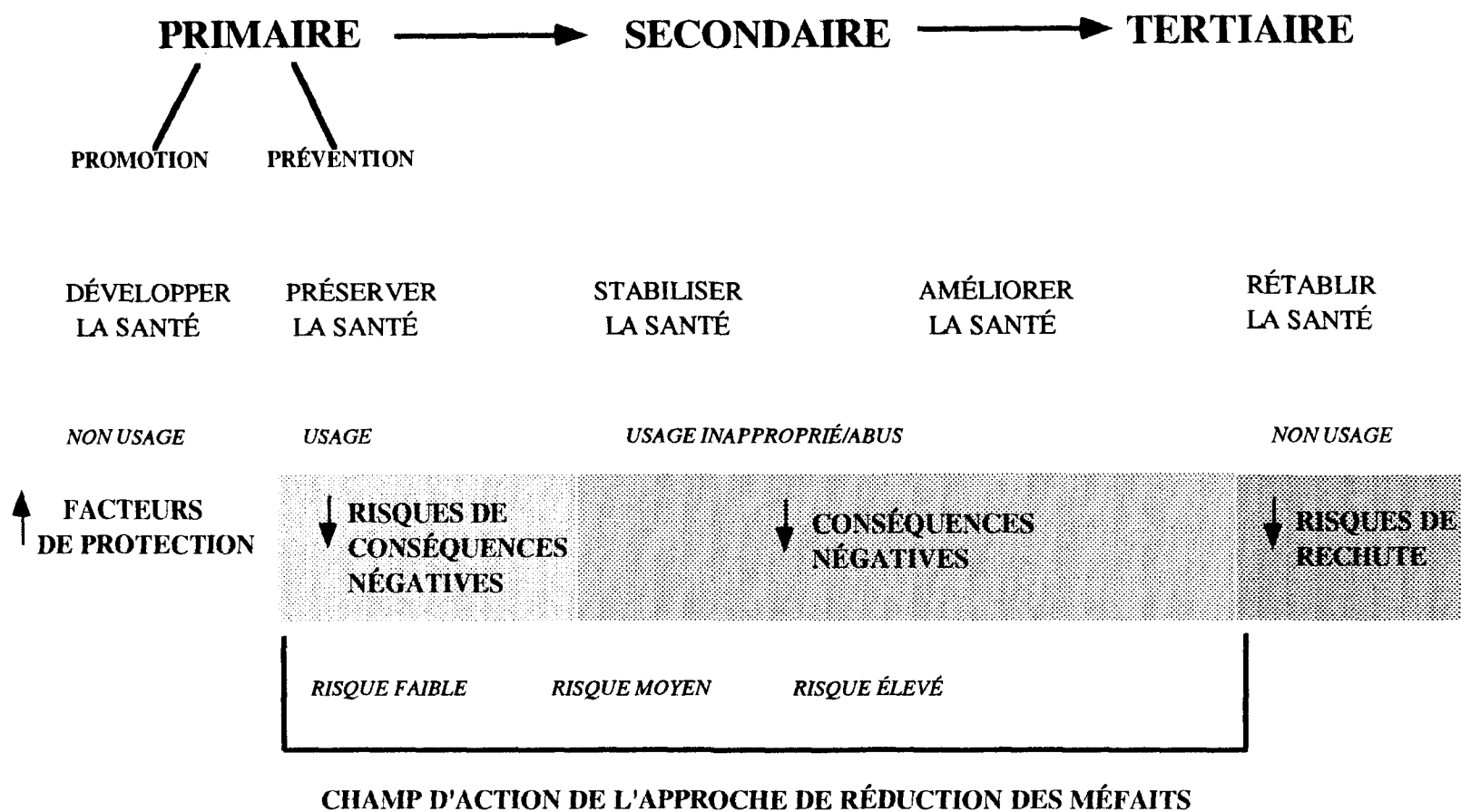
On comprend que le spectre couvert par la réduction des méfaits puisse être aujourd'hui si large: de la prévention secondaire, au centre, elle englobe, en amont, le volet de la prévention primaire s'attachant à réduire les risques liés à l'usage; en aval, l'approche tend à inclure l'intervention tertiaire qui est ouverte à la poursuite de la consommation, sous un mode ou un autre de gestion contrôlée. Les champs d'intervention qui demeurent véritablement distincts de la réduction des méfaits sont la prévention primaire de type promotionnelle, essentiellement attachée au renforcement des facteurs de protection et au développement de solutions de rechange à la consommation, et la prévention tertiaire visant la «libération de la substance» et la réinsertion sociale, dans un contexte de prévention de la rechute. Comme la présentent certains (Marlatt, 1996;

Westermeyer, 1996a), la réduction des méfaits caractérise dès lors toute intervention préventive, plus ou moins précoce, plus ou moins tardive, dans un contexte où prévaut l'usage et un continuum de risques correspondant (faibles, moyens, élevés). Le **tableau 3.2** illustre le continuum de l'intervention préventive et la place qu'y occupe la réduction des méfaits, en relation avec la santé, la prévalence de l'usage et le niveau de risque.

Bon nombre des pratiques identifiées à la réduction des méfaits s'attachent à limiter les risques, dans une perspective de prévention consistant à agir sur les facteurs relatifs au produit ou à l'individu, ainsi que les énumère Newcombe (1992): porter attention au dosage, à la concentration, à la fréquence, à la qualité, au mode d'administration des substances ainsi qu'à l'humeur, aux dispositions et aux circonstances qui prévalent lors de l'usage. On est en présence d'une gestion des risques liés à l'usage qui rappelle le savoir et les attitudes propres au processus de domestication de la consommation, tel que nous l'avons abordé au chapitre précédent. Ainsi, les pratiques actuelles de fourniture de matériel ou d'aménagement de lieux sécuritaires, de contrôle de la qualité ou de la composition des produits, d'information et d'éducation à la consommation, s'inscrivent davantage dans le **volet réduction des risques** de l'approche de réduction des méfaits. D'autre part, les approches, les soins et les services s'appliquant à limiter les dommages encourus par l'individu et la communauté dans un contexte où la consommation a toujours cours constituent des innovations communautaires et institutionnelles vouées à la gestion des conséquences négatives, renouant là aussi avec des sources historiques déjà vues. Les pratiques de prescription de drogues, d'entraînement à la consommation contrôlée, de défense et de support des usagers, d'hébergement tolérant la consommation appartiennent plutôt au **volet réduction des conséquences négatives** de l'approche de réduction des méfaits.

Tableau 3.2

Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive



3.4 Conclusion

Né dans l'urgence, la réduction des méfaits a connu une croissance spectaculaire en une décennie à peine. D'abord approche novatrice, elle aura rapidement acquis le statut de philosophie et de modèle d'intervention, suivant la notoriété de certaines expériences exemplaires menées en Europe. La rupture de ton qui en a résulté rappelle l'avènement d'un autre courant d'intervention majeur, la promotion de la santé, au cours de la décennie 1970. Née d'une réaction au modèle de la maladie et à l'influence unidimensionnelle des disciplines biomédicales, la promotion de la santé a vite occupé le terrain de l'éducation sanitaire pour finir par englober le champ traditionnel de la prévention primaire. Encore aujourd'hui, les experts ne s'entendent pas tout à fait sur les limites et les chevauchements entre de ce que l'on dénomme éducation à la santé, promotion de la santé et prévention primaire en matière de santé (Blanchet et coll., 1993). De la même manière, la réduction des méfaits s'est constituée en réaction au modèle prohibitionniste et à l'approche thérapeutique dominante en matière de drogues, assimilant d'emblée le créneau de la prévention secondaire (intervention précoce auprès de populations à haut risque) mais aussi une portion grandissante du continuum de l'intervention, du primaire au tertiaire.

Les deux approches se sont donc radicalement démarquées des courants antérieurs et ont eu tendance à ratisser large, jusqu'à intégrer les approches parallèles existantes. Par ailleurs, certains établissent aujourd'hui des liens entre réduction des méfaits et promotion de la santé, les considérant tantôt comme philosophies et démarches convergeantes ou complémentaires (voir, notamment: Hankins, 1997; Brisson, 1996; Beauchesne, 1996). Le temps seul permettra de mieux délimiter la réduction des méfaits, à la fois au plan des principes et des paramètres méthodologiques. Pour l'heure, c'est encore le champ des pratiques qui s'impose comme tête chercheuse de l'approche, ce que nous prendrons le temps de décrire le plus largement possible dans le chapitre qui vient.

Chapitre 4

Pratiques de l'approche de réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits, nourrie à plusieurs sources et héritière de plusieurs lignées, est née dans l'urgence du moment, au coeur de l'action des militants — usagers de drogues, intervenants sociosanitaires — pour contrer la propagation du VIH, de manière comparable à ce qui s'est produit sur la scène nord-américaine de la drogue, au début des années 1970. Aujourd'hui, l'approche aspire en maints endroits au statut d'alternative politique en matière de drogue, se démarquant des attitudes prohibitionniste ou abstentionniste incarnées dans les politiques publiques en place. Au contraire de la planification imposée d'en haut, l'approche de réduction des méfaits s'est largement construite et définie à partir du terrain de sorte qu'une foule de pratiques, souvent innovatrices, se sont développées alors que d'autres, existantes, s'y sont greffées en cours de route.

4.1 Typologie des actions

Les actions en réduction des méfaits sont le plus souvent répertoriées dans quelques grandes catégories de pratiques, tantôt en fonction des moyens utilisées (échange de seringues, prescription de drogues), des drogues concernées (drogues injectables, cannabis, alcool, tabac) ou encore des stratégies sous-jacentes (éducation, travail de rue, action politique). Force est de constater qu'il existe peu de typologies des actions en fonction de paramètres méthodologiques plutôt que descriptifs, par exemple à partir des notions de risques et de conséquences, ou encore des cibles touchées (individus, groupes, société) ou des changements escomptés (savoir, savoir-être, savoir-faire). Notons à cet égard la typologie de Springer (1996), en provenance du courant américain d'action communautaire et publié dans la revue officielle du *Harm Reduction Coalition*, qui procède d'un système de classification davantage analytique, en fonction de trois grands objectifs d'intervention: la gestion du VIH, le traitement de la dépendance et la gestion de l'usage. Cette manière de présenter les pratiques se rapproche d'une typologie suivant les axes primaire, secondaire et tertiaire de l'intervention, que nous avons déjà proposée (Brisson, 1995).

Le **tableau 4.1** donne un aperçu de trois classifications courantes, une émanant de l'Europe (Mino, 1993), une d'un regroupement de chercheurs associés à l'*International Harm Reduction Association* et actifs autour des conférences annuelles et des publications scientifiques sur le sujet (Nadelman et coll., 1994), et une proposée par les Canadiens anglais impliqués en réduction de méfaits, autour du CCLAT et de l'ARF (CCLAT, 1996). En quatrième lieu, ce tableau présente la

typologie des pratiques adoptée dans le cadre du présent rapport, en dix catégories descriptives, et introduisant un découpage sur deux axes: les pratiques liées à l'usage des drogues illicites et celles liées à l'usage des produits licites. Si certaines catégories peuvent rendre compte d'actions ou de mesures propres aux deux univers, nous croyons que ces champs de pratiques sont plus clairement abordés si on les traite distinctement, ce que justifient largement les origines et les enjeux qui leur sont propres, notamment le caractère central du sida et des contrôles législatifs en ce qui a trait aux drogues illicites²⁸.

Dans tous les cas où cela était possible et pertinent, une synthèse du développement au plan international est présentée, dans un premier temps, suivie des applications générales ou exemplaires en contexte québécois²⁹. Afin de ne pas alourdir le texte, les références ont été regroupées à la fin de chaque sous-section, par ordre alphabétique.

4.2 Pratiques liées à l'usage des drogues illicites

4.2.1 Matériel de consommation sécuritaire

L'approvisionnement en matériel sécuritaire par la distribution, l'échange ou la vente à faible coût de seringues de même que la fourniture de kit à l'eau de javel pour la désinfection des aiguilles souillées représentent l'essence même de l'approche de réduction des méfaits et constituent encore, un peu partout en Occident, la principale mesure de santé publique pour lutter contre la propagation du VIH chez les usagers de drogues et leurs partenaires sexuels. Rappelons que le premier programme d'échange fut mis en place à Amsterdam, en 1984 (pour la prévention de l'hépatite B), et que dès l'apparition de la menace du VIH, l'ensemble des gouvernements des pays développés — sauf les États-Unis — ont mis en place des programmes d'accès, en toute légalité, au matériel d'injection stérile. Aujourd'hui, la plupart des grandes villes et villes intermédiaires d'Occident et d'Australie ont des programmes bien établis ou des facilités d'accès en pharmacie.

²⁸ L'intégration dans l'approche de réduction des méfaits des pratiques en matière de drogues licites, si elle s'avère de plus en plus acquise, ne va pas de soi. Plusieurs revues, particulièrement en Europe, ne mentionnent pas l'alcool (à l'instar de Mino et Nadelman et coll.) ou alors l'abordent, avec le tabac, dans une catégorie à part, comme dans la classification du CCLAT. Quant aux médicaments, les mentions sont rarissimes.

²⁹ Notre mandat étant de brosser un portrait permettant de situer et de comparer le Québec au plan des pratiques identifiées ou associables à la réduction des méfaits, il n'était pas possible de rendre compte, à la manière d'un répertoire, de toutes les initiatives louables et pertinentes mises en oeuvre sur le terrain. Nous nous excusons envers les groupes, organismes et projets non cités, particulièrement ceux hors de la région montréalaise où se trouvent souvent les expériences pilotes et novatrices dans le domaine.

Tableau 4.1

Typologies des actions en réduction des méfaits

Mino, 1993

Mise à disposition de seringues et condoms	Mise à disposition de drogues * Méthadone * Prescription * Héroïne/cocaïne	Aides sociales et médicales * Abris de nuit * Centres de jour * Soins ambulatoires	Action dans le milieu * Groupes d'usagers	Prévention primaire * Information * Éducation	Action policière * Déjudiciarisation * Intervention dans les prisons	Action politique * Communication dans les médias
--	---	---	--	---	--	---

Nadelman et coll., 1994

(notre traduction)

Accès aux seringues * Échange * Nettoyage	Travail avec et par les usagers * Éducation * Groupes d'usagers * Analyse des produits	Zones informelles * Abris de nuit * Salles d'inject. * Appartements supervisés * Scènes ouvertes	Méthadone * Traitement * Programmes à bas seuil	Prescription de drogues * Opiacés * Stimulants	Cannabis * Décriminalisation de fait * Déjudiciarisation	Nicotine * Patchs * Inhalation * Cigarettes faibles en nicotine
---	---	--	---	--	--	--

CCLAT, 1996

(notre traduction)

Accès /échange de seringues * Distributeur * Désinfection * Outreach * Pharmacies et postes police	Programmes méthadone * Traitement * Programmes à bas seuil	Programmes d'éducation et travail d'approche * Matériel éducatifs * Travail de rue	Politiques d'application des lois * Tolérance * Décriminalisation de fait * Travail communautaire	Prescription de drogues * Opiacés * Autres	Zones de tolérance * Salles d'inject. * Appartements de revendeurs * Quartiers sécuritaires	Politiques et programmes sur l'alcool * Interventions de serveurs * Chauffeurs désignés * Boire contrôlé	Politiques et programmes sur le tabac * Gomme * Patchs * Espaces non fumeurs
--	--	--	--	--	--	---	---

Brisson, 1997

DROGUES
ILLICITES

Matériel de consommation sécuritaire * seringues * embouts de pipe	Drogues de substitution * Méthadone * Héroïne * Autres	Travail avec et par les usagers et l'entourage * Outreach * Pairs intervenants * Autosupport * Empowerment	Zones de tolérance * Scènes ouvertes * Salles sanitaires * Hébergement	Information et éducation * Usagers réguliers * Usagers occasionnels	Applications et modifications des lois * Décriminalisation * Collaboration * Déjudiciarisation
--	---	--	---	---	---

DROGUES
LICITES

Modification des substances * Alcool * Tabac * Médicaments	Produits de substitution * Naltrexone * Patchs, gommes, vaporisateurs	Consommation contrôlée * Alcool * Tabac	Mesures environnementales * Physiques * Communautaires * Politiques
---	---	---	--

Chez les Américains, les mesures législatives varient d'un état à l'autre, plusieurs prohibant la vente des attirails de consommation (*paraphernalia*) et exigeant, en conséquence, une prescription pour obtenir des seringues en pharmacie; dans les états où l'accès est autorisé, c'est souvent l'attitude des corps policiers et des professionnels de la santé qui décourage les usagers de se procurer du matériel stérile. Des programmes officiels d'échange sont tolérés, d'autres, comme à San Francisco, sont maintenus par les autorités locales qui doivent recourir à des mesures dérogatoires à répétition pour y arriver³⁰. Des kits de désinfection (contenant eau de javel et instructions) sont distribués comme mesure parallèle, bien qu'il ne s'agisse pas d'un moyen efficace pour prévenir les hépatites. Ailleurs qu'aux États-Unis, cette pratique a tendance à disparaître à mesure que se multiplient les centres d'accès aux seringues; elle demeure toutefois d'appoint lorsque cet accès est restreint comme en milieu carcéral, ou dans certains pays nouvellement touchés par la double problématique de la toxicomanie et du sida.

Partant du postulat pragmatique que les usagers de drogues n'arrêteront pas de consommer s'ils ne sont pas prêts, en dépit de la menace du sida, les programmes d'accès aux seringues ont établi plusieurs des fondements pratiques de l'approche de réduction des méfaits: prendre les toxicomanes là où ils en sont en leur fournissant le matériel et l'information pour se protéger (conseils de santé, références, méthodes sécuritaires d'usage); rendre ces outils facilement accessibles en ouvrant une variété de sites, à bas seuil d'exigence (centres spécialisés, institutions de santé, pharmacies, postes de polices, distributrices automatiques³¹); aller là où les usagers se trouvent (*outreach*) pour leur fournir les seringues et les informer des ressources existantes (travailleurs de rue et unités mobiles — camionnette, autobus — se rendant dans les lieux où se tiennent les UDI ou à leur domicile).

La provision de matériel sécuritaire peut inclure, en complément (souvent dans la même trousse d'échange), tampons d'alcool et eau stérilisée, condoms et lubrifiant de même que des boîtes sécuritaires de récupération. Signalons la recommandation de chercheurs américains quant à la distribution souhaitable d'embouts protecteurs pour les pipes utilisées lors de la consommation de crack, afin de limiter la transmission du VIH via les blessures aux lèvres des usagers [CCLAT, 1996; *Le Journal*, 1994; Nadelman et coll., 1994; Riley, 1996a].

Les programmes québécois de prévention de la transmission du VIH chez les UDI par l'accès au matériel stérile d'injection se sont développés à partir de la fin des années 1980. En date de son

³⁰ Malgré le rapport favorable de deux commissions d'experts dans le domaine, le Congrès américain vient à nouveau de refuser, en septembre 1997, la levée du moratoire sur l'interdiction de financement des PES par les fonds fédéraux.

³¹ On en retrouve dans plusieurs villes d'Europe et d'Australie: les distributrices libèrent une seringue neuve après qu'on y ait inséré la seringue usagée.

plus récent bilan, en novembre 1996, le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) dénombrait 367 centres d'accès aux seringues dans 14 régions administratives, répartis comme suit: 183 pharmacies, 110 points de services en CLSC, 40 centres hospitaliers, 22 organismes communautaires, 8 cliniques médicales, 3 centres spécialisés et 1 centre de réadaptation pour toxicomanes. Les données préliminaires de 1997 indiquent une forte croissance du nombre des pharmacies participantes et l'implantation de centres d'accès dans deux autres régions, Lanaudière et Gaspésie-Iles de la Madeleine, de sorte que seules les régions nordiques (Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie James) ne sont toujours pas couvertes.

Trois types de programmes peuvent être distingués, qui encadrent un ou plusieurs sites d'accès aux seringues: les centres spécialisés de prévention (CSP), les programmes avec approches communautaires (PAC) et les programmes de sites multiples non spécialisés (PSM), du réseau de la santé. Chronologiquement, les CSP sont d'abord apparus (CACTUS³², en 1989, à Montréal et Point de repères, dans la Ville de Québec, en 1991) avec les PAC (L'Anonyme, en 1990, puis PIC-ATOUTS³³ et Spectre de rue, en 1991, tous les trois à Montréal), suivis de l'implantation progressive des PSM, au cours des années 1990 (le premier de ces programmes fut tout de même implanté dès 1991, en Montérégie). En 1995, la Direction de la recherche et de l'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux commandait un bilan évaluatif des programmes d'échanges de seringues sur le territoire québécois³⁴. Les résultats préliminaires, desquels est tirée la typologie qui précède, fournissent un premier portrait d'ensemble des pratiques de réduction des méfaits dans ce secteur. Dix-sept programmes ont participé à l'étude, dans 12 régions du Québec, couvrant la grande majorité des sites d'accès existants, soit 273 sur les 280 répertoriés à l'époque (novembre 1995). Voici un aperçu des faits saillants, par type de programmes:

1. **Les CPS** (CACTUS, Point de Repères, Pré-fix): implantés dès le début de l'épidémie, à Montréal et à Québec, ils assurent, par leur vocation et leur situation dans les zones urbaines «chaudes», près de 90% des contacts avec les UDI (plus de 50 000 par année) et près de 93% des seringues distribuées (environ 340 000 par année). Outre l'échange de seringues et les services de base, ils poursuivent également des volets plus spécifiques touchant le milieu carcéral, la prostitution, etc. Au plan du fonctionnement, ils disposent généralement d'un personnel plus nombreux et bénéficient d'investissements plus importants que les autres programmes.

³² Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues.

³³ Programme d'intervention communautaire auprès des toxicomanes utilisant des seringues.

³⁴ Le projet d'évaluation avait un objectif double: faire un bilan et une analyse des programmes et supporter les activités d'évaluation effectuées par les différents programmes en développant les échanges et le transfert d'expertise.

2. **Les PAC** (PIC-ATOOTS, Spectre, Anonyme, Gens de la rue): également concentrés en milieu urbain (Montréal et Hull), ces programmes distribuent et échangent des seringues³⁵ dans le cadre d'interventions dans le milieu (*outreach*): sur la rue, dans les parcs, les piqueries et, pour L'Anonyme, avec une unité mobile. Pour certains (Spectre et Anonyme), cette action est intégrée à leur mission de base de prévention auprès des jeunes de la rue, mission qui existait avant l'intégration du volet d'accès aux seringues. Dans tous les cas, les PAC offrent davantage d'interventions psychosociales et de référence que les autres programmes. Ces programmes fonctionnent avec un personnel modeste de une à quatre personnes (équivalent temps plein), à partir de subventions annuelles venant principalement des régies régionales, renouvelables suivant une évaluation des activités.

3. **Les PSM** (Directions régionales de la santé publique du Bas St-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Mauricie-Bois-Francs, Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Montérégie et Abitibi-Témiscamingue; CLSC Rivière-Désert en Outaouais et du Marigot, à Laval): implantés dans presque toutes les régions administratives à ce jour, leur mission est surtout d'assurer l'accès aux seringues en régions, en dehors des grands centres urbains. Chacun des programmes regroupent de 5 à 50 sites d'accès, surtout localisés dans des établissements comme les CLSC, les centres hospitaliers et les pharmacies. Par contre, la gamme des autres services offerts varie beaucoup d'un site à l'autre (dépistage, soins médicaux, soutien psychosocial). Le personnel de base est majoritairement composé des employés de première ligne des institutions participantes, la coordination et le suivi de ces programmes ne représentant guère plus d'un poste à temps plein. En dehors de la phase d'implantation, ces programmes fonctionnent surtout à partir des budgets courants des établissements du réseau de la santé.

Notons que tous ces programmes déclarent fournir, outre l'accès aux seringues, certains services de base: information et éducation, écoute et soutien psychosocial, référence à des ressources de dépistage MTS/sida et en toxicomanie; une majorité dispense également des services sur place de *counseling*, de dépistage MTS/sida et de soins de santé.

L'implantation des PSM en régions semi-urbaines et semi-rurales représente une expérience pionnière en Amérique du Nord. La moins grande densité humaine et la moindre complexité organisationnelle de ces milieux auront permis d'établir, dans certaines régions comme le Saguenay-Lac Saint-Jean, une organisation de services à bas coût et flexible, présentant une

³⁵ Le programme PIC-ATOOTS ne fait pas la distribution de seringues comme telle mais fait la promotion active de la prévention du VIH par ce moyen auprès des UDI, ce qui justifie sa sélection parmi les 17 programmes.

diversité de points d'accès à partir d'un véritable réseau de partenaires [Antil et Noël, 1997; Antil et coll., 1996; CQCS, 1994 et 1996; Kennedy, 1997; Noël et coll., 1995].

4.2.2 Drogues de substitution

L'accès à des produits de substitution aux produits de rue, pour les usagers de drogues, constitue la seconde mesure en importance dans le cadre des politiques et des programmes de réduction des méfaits implantés dans plusieurs pays du monde. La méthadone, disponible depuis les années 1960, est le principal produit utilisé à cet effet à l'échelle internationale bien que de nombreuses expériences aient eu lieu et se poursuivent, très majoritairement en Europe, avec la prescription d'héroïne, de morphine, d'amphétamine et de cocaïne. Après son introduction comme méthode de traitement, aux États-Unis (voir **chapitre 2**), plusieurs pays s'y sont intéressés dès les années 1970 en raison du boom de la consommation d'héroïne. Dans les années 1980, la libéralisation des programmes de méthadone s'est accrue avec l'avènement du sida, en dépit de différences au plan des modèles d'intégration sociosanitaire, d'un pays à l'autre, comme nous l'avons déjà noté. À ce jour, à peu près tous les pays de la Communauté économique européenne, l'Australie, l'Amérique du Nord et quelques autres pays ont de tels programmes. Dans les pays précurseurs de l'approche de réduction des méfaits, comme la Grande Bretagne, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse et l'Australie, on trouve non seulement des cliniques spécialisées offrant des programmes de traitement mais aussi un accès facilité via la prescription par des médecins généralistes ou des services de distribution ambulatoires (Amsterdam, Barcelone, Francfort). Cet accès dit à bas seuil est partie intégrante d'approches incluant l'échange de seringues, le travail avec les usagers, l'éducation, le *counseling*; l'apport de la méthadone, outre la prévention du VIH, est de limiter les rapports des usagers avec le marché noir et les produits frelatés en réduisant le recours aux activités délictueuses pour s'approvisionner. Notons que deux autres médicaments opiacés bien étudiés, la buprénorphine et le lévo-alpha-acétylméthadyle (LAAM), connaissent une diffusion appelée à croître comme solution de rechange à la méthadone. Le recours à la méthadone en contexte carcéral s'est, quant à lui, traditionnellement limité au sevrage rapide des héroïnomanes incarcérés. Quelques expérimentations ont cours au Danemark, aux Pays-Bas, en Suisse et en Autriche.

Aux États-Unis, le traitement à la méthadone est l'intervention médicale la plus réglementée, encore largement perçu comme un outil de réhabilitation du toxicomane, dans un contexte à haute exigence (liste d'attente, critères d'éligibilité, mesures de contrôle). Plusieurs groupes et associations sont engagés en faveur des programmes de méthadone, défendant une meilleure organisation des centres existants et, surtout, un plus grand accès pour les toxicomanes

nécessiteux³⁶. Une tendance récente voit la privatisation des cliniques à la méthadone dans ce pays, ce qui rend le traitement encore plus inaccessible. En contrepartie, le plus important programme de traitement à la méthadone au monde, à l'intérieur des murs, est dispensé à la prison Rikers Island, dans la ville de New York, depuis 1987: on y admet 3 000 détenus par année, héroïnomanes ou usagers déjà sous entretien au moment de leur incarcération.

Au Canada, dès le début des années 1990, le besoin d'une plus grande accessibilité aux programmes a conduit à l'assouplissement des directives fédérales et au transfert récent de la supervision des pratiques de prescription aux médecins des provinces. Les normes de bonne pratique, la sélection des candidats et la formation professionnelle sont dorénavant de leur ressort, sans toutefois qu'aucun financement n'y ait été alloué. Déjà la Colombie-Britannique a effectué une percée sur ce terrain, grâce à l'implication du Collège des médecins et chirurgiens de la province qui y a instauré un programme de formation et d'encadrement de ses membres désireux de prescrire le produit; déjà en 1995, la province était chef de file au Canada avec quelque 1 800 patients en traitement et 250 médecins inscrits au programme. Des initiatives semblables sont en voie de développement, en Ontario et au Québec. Au plan carcéral, on ne retrouve aucun programme d'entretien à la méthadone à l'intérieur des établissements fédéraux alors que des établissements provinciaux, en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec, tentent certaines expériences en ce sens.

À côté des efforts d'intégration du volet méthadone comme mesure véritable de réduction des méfaits sur le continent nord-américain, le débat et les enjeux entourant les drogues de substitution, au plan international, portent davantage sur la possibilité d'étendre et d'adapter à d'autres pays le modèle prescriptif britannique, mis en évidence par l'expérience de Liverpool, et qui consiste à fournir aux toxicomanes le produit de leur choix, injectable ou fumable, afin de permettre une transition moins abrupte. Le remplacement de la méthadone orale par l'héroïne et la morphine dans les programmes de réduction des méfaits incluant l'accès à bas seuil, la désintoxication à court terme et les traitements d'entretien, a fait l'objet d'études et d'expériences actuellement menées, ou sur le point de l'être, en Suisse, en Allemagne, en Australie, de même qu'aux Pays-Bas qui reprend ses expérimentations en ce sens. La démarche des Suisses est particulièrement exemplaire: après avoir procédé, ces dernières années, à la plus importante évaluation scientifique sur la remise contrôlée d'héroïne et de morphine, ils ont initié une large politique d'implantation de mesures prescriptives, couplées à des mesures comme l'échange de seringues, les salles d'injection, les soins médicaux et psychologiques, l'accès au logement et l'aide à la recherche d'emploi. Outre l'intérêt de rejoindre davantage de toxicomanes à risque et de les garder en plus grand nombre et

³⁶ Mentionnons l'*American Methadone Treatment Association (AMTA)*, le *National Alliance of Methadone Advocates (NAMA)* et le *Methadone As A Legitimate Treatment Alternative Organization (MALTA)*.

plus longtemps en relation avec le système sociosanitaire, la prescription de drogues ouvre la porte à l'essai et l'examen plus systématique de substituts pour les usagers de cocaïne puisque des stimulants majeurs (cocaïne et amphétamine) font également partie, bien que dans une moindre mesure, des programmes de prescription européens.

Aux États-Unis, ces initiatives heurtent la mentalité dominante de tempérance qui y voit pratiquement une légalisation de fait des drogues de rue, ceci en dépit de la progression indéniable des idées de réduction des méfaits sur le continent. Au Canada, où le débat est plus ouvert, divers groupes de consultation et organismes en santé publique font d'ores et déjà des recommandations pour la prescription de drogues aux toxicomanes³⁷. Il est important de noter, en terminant, le développement des recherches récentes en neurobiologie, aux États-Unis, plusieurs étant dédiées à la mise au point d'adjuvants pharmacologiques, à court ou long terme, pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. On peut se demander s'il s'agit là d'un retour des disciplines biomédicales dans le champ de l'intervention en toxicomanie, à partir d'une adhésion au principe de la substitution plutôt que de l'abstinence [CCLAT, 1997; Gervasoni, 1997; Groupe de travail..., 1997; Hendley, 1997; Kent, 1996; Leshner, 1997; Lowenstein et coll., 1995; *Malta Messenger*, 1996; Nadelman et coll., 1994; Office fédéral..., 1995; Parrino, 1996; Riley, 1995; 1996a].

Au Québec, après quelques tentatives au cours des années 1960 et 1970 (voir **sous-section 2.3**), le premier véritable programme public de traitement à la méthadone voit le jour en 1986, s'établissant, contrairement aux cliniques américaines, à l'intérieur du réseau de la santé, dans un Centre local de services communautaires, le CLSC Centre-sud. Connu depuis comme Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), le programme en est un d'intervention prolongée à exigences élevées, qui aura évolué d'un modèle de l'abstinence, à ses débuts, vers un modèle plus souple où le critère de succès n'est plus obligatoirement le sevrage de méthadone et où les tests positifs d'urine n'entraînent plus automatiquement la fin du traitement. Évoluant vers un modèle européen, le CRAN prend en compte des critères de succès telles l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des usagers et la réduction de la consommation. L'originalité du programme tient au pari fait, dès le début, de traiter les narcomanes en externe, à l'intérieur du réseau de la santé fréquenté par une clientèle d'âges et de profils variés. Outre les rencontres régulières avec un intervenant psychosocial, les patients bénéficient de la vaste gamme des services de santé, accessibles au CLSC; ils reçoivent leur méthadone dans une des 23 pharmacies communautaires affiliées, selon un protocole de contrôle qui s'estompe au fil du traitement pour devenir indifférencié par rapport au service offert à n'importe quelle autre clientèle. De plus, lorsque le

³⁷ Ainsi, dans le tout récent rapport du Groupe de travail coordonné par le CCLAT et l'Association canadienne de santé publique, avec l'appui financier de Santé Canada (CCLAT, 1997), les experts recommandent des essais cliniques de prescription d'héroïne et de cocaïne aux toxicomanes.

patient est jugé stable, il peut être transféré auprès d'un des quelques 40 médecins généralistes qui forment un réseau de partenaires thérapeutiques favorisant une normalisation encore plus grande du style de vie; les patients incapables d'abandonner la méthadone peuvent alors s'engager dans un suivi à long terme, avec ces praticiens. Le CRAN et les médecins qui lui sont affiliés permettent aujourd'hui le traitement d'environ 350 personnes qui doivent déboursier une certaine proportion des frais encourus. En raison du peu de places disponibles, l'admission des cas les plus problématiques est privilégiée (narcomanes de longue date, consommatrices enceintes).

Un second programme s'est développé à Montréal, en 1992, intégré à l'unité de désintoxication de l'hôpital Saint-Luc. Il s'agit d'un modèle d'intervention brève offrant aux narcomanes la possibilité d'un sevrage assisté à la méthadone (dose décroissante), d'une durée de 14 jours, en interne, et de 48 jours, en services ambulatoires. Au cours du processus, les patients ont accès à des soins de santé ainsi qu'à des examens de dépistage et aux mesures préventives en conséquence; ils bénéficient en outre d'un groupe de support hebdomadaire et de la possibilité de référence en réadaptation, une fois leur désintoxication complétée. Ce programme, qui touche de trois à quatre cents personnes par année, utilise les tests d'urine dans une perspective de suivi plutôt que d'exclusion, laquelle s'applique toutefois dans les cas de comportements agressifs, de vols ou de non-respect répété des heures de rendez-vous. Par ailleurs, une expérience de traitement à la méthadone a été tentée à la Maison Tanguay, centre de détention pour femmes, à Montréal, dès la fin des années 1980 et jusqu'au milieu des années 1990: en raison de problèmes d'acceptation et de gestion du processus dans un contexte coercitif, l'établissement a depuis modifié sa politique pour privilégier un sevrage sur 10 semaines, en début d'incarcération, et une approche de réhabilitation psychosociale par la suite³⁸. Une autre expérience d'entretien à la méthadone a actuellement cours au Centre de détention de Sherbrooke; fait sans précédent, c'est suite à un jugement des tribunaux qu'un accusé a été tenu d'entreprendre un tel traitement à l'intérieur des murs, en échange d'une sentence de moins de deux ans. Les discussions dans le secteur de la sécurité publique sur le dossier de la méthadone en prison iraient toutefois dans le sens d'accepter la poursuite d'un traitement déjà entrepris à l'extérieur, sous supervision d'un médecin, plutôt que l'initiation d'un tel traitement, après l'incarcération.

En conclusion, le besoin est pressant de développer tous les types de programmes, dont ceux à bas seuil encore inexistant, afin d'accroître l'accessibilité à la méthadone pour la population héroïnomane de Montréal (estimée entre cinq et quinze mille individus); ailleurs au Québec, des besoins existent également, les villes de Québec et de Sherbrooke étant les seules à être dotées de programmes de traitement. Enfin, concernant la prescription d'autres drogues que la méthadone,

³⁸ À noter que les détenues ayant un contact avec un médecin traitant qui accepte de les suivre durant leur incarcération peuvent poursuivre leur traitement.

aucune ouverture n'existe à l'heure actuelle [Arsenault, 1996; Cadotte, 1996; Lauzon, 1996a; 1996b; 1995; Schneeberger et coll., 1996; Tison, 1996],

4.2.3 Travail avec et par les usagers et l'entourage

L'approche de réduction des méfaits est redevable, depuis ses débuts, au travail de milieu et à l'action communautaire qui ont supporté l'implantation et le développement de mesures instrumentales comme l'échange de seringues, la diffusion de matériel éducatif ou l'aménagement de zones de tolérance. D'une part, il y a l'importance du travail hors des institutions et de la prise de contact avec les usagers dans leur milieu naturel (rue, piquerie, appartement) qui est unanimement soulignée comme condition de réussite des actions en réduction des méfaits et toutes les expériences décrites à ce jour confirment, dans les faits, la place centrale occupée par des intervenants de divers profils, sur le terrain: travailleurs sociaux ou communautaires, professionnels en santé publique ou en toxicomanie, ex-usagers et usagers. D'autre part, l'implication des principaux intéressés dans la définition et la résolution des problèmes qui les confrontent est de plus en plus visible et organisée, même si elle n'a encore que peu d'impact sur l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes et politiques publiques. Une variété de pratiques se déploient ainsi, sur plusieurs fronts³⁹, à partir d'alliances entre les intervenants, les usagers et la communauté plus large dans laquelle ils vivent, donnant parfois lieu à un véritable mouvement d'action sociale où la prise en charge collective et la défense des droits civiques priment. Les principales initiatives menées avec et par les usagers et leur entourage, en Europe et en Amérique du Nord, comptent:

- * le travail de prise de contact et de sensibilisation sur le terrain via des revendeurs de drogues et des toxicomanes agissant comme leaders naturels; cette façon de faire, associée à la prévention par les pairs, s'est développée sous diverses formes en Angleterre, aux Pays-Bas, en Australie, en France et aux États-Unis;
- * la mise en place de ressources (d'accueil, de soutien, de référence, de loisirs, etc.) où les toxicomanes et les ex-toxicomanes font partie du personnel et participent au développement et à l'évaluation des services. Mentionnons, à cet égard, l'organisation *Healthy Option Team* (HOT), en banlieue défavorisée de Londres, créée au début des années 1990: fonctionnant à partir d'une équipe composée à 50% de toxicomanes ou d'ex-toxicomanes, en lien avec un réseau de revendeurs aidants, l'organisation est plus proche des besoins

³⁹ Le travail *d'outreach* et l'auto-organisation des populations touchées a cours dans d'autres contextes d'intervention sociale, souvent associés à la toxicomanie, comme la prostitution et l'itinérance.

réels des usagers de la communauté, qu'il s'agisse d'éducation, de soins, d'interventions d'urgence ou autres;

* la création de groupes d'usagers ou groupes d'auto-support, impliqués dans la production de matériel éducatif, de revues et bulletins de liaison destinés aux usagers de drogues illicites, et dans l'action publique de défense et de revendication. Rappelons, historiquement, l'engagement décisif du syndicat *des junkies* d'Amsterdam dans la création du premier programme d'échange de seringues, au début des années 1980. En 1991, à Berlin, une première association internationale des usagers est créée, suivie l'année suivante par la naissance de l'Association de soutien aux usagers de drogues (ASUD), en France. Aujourd'hui, ces groupes se comptent par dizaines, dans la plupart des pays actifs au plan de la réduction des méfaits, et sont réunis en associations internationales et continentales⁴⁰. Au Canada, le premier regroupement et le plus actif est *Citizens On Drugs*, à Toronto;

* la mise en place de ressources dédiées à la réduction des méfaits et à l'amélioration de la qualité de vie dans l'entourage et la communauté où vivent les toxicomanes: garderies, aide alimentaire, gestion de la sécurité des quartiers, etc. Ces initiatives viennent le plus souvent d'intervenants sociaux qui essaient d'y associer les membres de la communauté, dans le but, non de briser les liens existants entre les usagers et leur entourage, mais au contraire de les rendre moins à risque et plus responsables. Citons *l'Office for Children of Drug Addicted Parents* (KDO), à Amsterdam, qui travaille auprès des enfants de toxicomanes pour s'assurer que leurs conditions générales de vie soient satisfaisantes (logement, nourriture, soins de santé, attention, stimulation, etc.); si des interventions sont requises, elles sont planifiées avec l'ensemble des partenaires concernés, y compris les parents consommateurs. L'action de KDO aura permis, pour le bénéfice de l'ensemble des membres des familles touchées, une baisse notoire des retraits de garde qui représentent certainement un des méfaits les plus souvent associés à la toxicomanie parentale. Les principes fondateurs et l'action de la *Harm Reduction Coalition*, aux Etats-Unis, s'inscrivent dans cette perspective large d'action sociale.

[de long, 1983; IHRA, 1997; *Harm Réduction Coalition*, 1993; Mino, 1993; 1996; Nadelman et coll., 1994; Wall, 1994]

⁴⁰ L'*International Association Meeting of Drugs Users* (IAMDU) tenait une rencontre récemment, à Paris, dans le cadre de la 8ième conférence internationale. En Amérique du Nord, un réseau unit les groupes d'usagers des villes de Toronto, Vancouver, Seattle, Chicago, Philadelphie, New York et San Francisco.

Le Québec, comme le reste des territoires d'élection de la réduction des méfaits, a vu l'importance et la valorisation du travail de rue s'accroître au fur et à mesure de l'implantation de l'approche, plus particulièrement en zones urbaines. À Montréal, une majorité de groupes oeuvrant auprès des UDI, en prévention du VIH et en prévention jeunesse sont, depuis 1995, réunis dans le Groupe d'action régionale UDI dans lequel on retrouve la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, CACTUS, l'Anonyme, Spectre de rue, PACT de rue, Séro Zéro, Plein Milieu, Stella, Chez ma cousine Evelyn Inc. (CMCE) et Concertation Toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve (CTHM), ce dernier étant le fiduciaire des projets PIC-ATOOTS et Pré-fix. Si tous ces groupes et d'autres⁴¹ oeuvrent dans une optique de réduction des méfaits de plus en plus clairement affirmée, une des «expériences phares» de travail avec et par les usagers et leur entourage est celle de PIC-ATOOTS. Au Québec, ce projet a probablement poussé le plus loin les principes du travail de milieu et de l'action communautaire visant, pour les toxicomanes et prostituées du quartier Hochelaga-Maisonneuve, la capacité de se prendre en charge collectivement (*empowerment*). Nous décrivons les grandes lignes de l'expérience et de son évolution pour illustrer l'application de ce type de pratiques en contexte québécois⁴².

Le projet PIC-ATOOTS est lancé, en avril 1991, par le Département de santé communautaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont suite au constat des conséquences sociosanitaires qui guettent le territoire d'Hochelaga-Maisonneuve en raison d'une concentration évaluée à plus de 1 000 UDI dans ce quartier. Dès l'origine, le projet s'appuie sur des principes et présente des caractéristiques qui, au fil des ans, se maintiendront⁴³:

* PIC-ATOOTS vise la prévention de la transmission du VIH chez les toxicomanes et les prostituées par une approche d'intervention globale qui intègre réduction des méfaits (minimisation des conséquences au plan de la santé, des conditions de vie et de l'intégration sociale du mode de vie lié à la toxicomanie et à la prostitution), promotion de la santé collective (capacité d'exercer ses choix en regard de la santé à travers l'accès non discriminatoire à un continuum de services, de l'intervention précoce à la réadaptation) et

⁴¹ Mentionnons, notamment, l'équipe multidisciplinaire du projet spécial Toxicomanie-VIH/sida du Département de médecine préventive (DMP) de l'hôpital Saint-Luc, oeuvrant depuis 1992 dans le contexte multi-problématique du centre-ville montréalais.

⁴² Une autre expérience exemplaire de travail avec et par les usagers, aussi fondée sur la notion d'*empowerment* et développée à partir de la problématique sociale de l'itinérance, est celle du groupe communautaire *L'itinéraire*; l'organisme publie un journal du même nom, vendu dans le centre-ville de Montréal depuis quatre ans, et auquel participent activement les itinérants au niveau de la rédaction et de la vente. Cette démarche peut être considérée comme la première véritable expérience d'auto-organisation chez des usagers (alcool et drogues) étant donné les liens plus qu'étroits qui existent entre les problématiques de l'itinérance et de la toxicomanie.

⁴³ La conception et l'évolution de PIC-ATOOTS, depuis les débuts, sont fortement redevables à une alliance «inspirée» entre les univers de la santé publique et du communautaire, à travers D^{re} Carole Morissette, d'abord à Maisonneuve-Rosemont puis au Département de santé publique de Montréal-Centre, et Guylaine Desjardins, travailleuse de milieu.

action communautaire (ancrage dans le milieu, sensibilisation, mobilisation et appropriation par les toxicomanes et leur entourage des projets d'action);

* PIC-ATOOTS privilégie le travail de rue à partir des piqueries plutôt que la vocation de site d'accès aux seringues (lesquelles ont été disponibles, d'abord au CLSC du quartier puis à Pré-fix). Ce choix permet d'avoir une meilleure connaissance des UDI, rejoints dans leur milieu naturel, d'établir des contacts plus soutenus, sur une base individuelle et de groupe, d'avoir accès au réseau social des usagers et à la possibilité d'intégration de l'action dans un contexte plus large, d'assurer un suivi avec les personnes contactées. C'est ainsi que les activités d'information sur les comportements à risques et les ressources médicales et psychosociales existantes, d'éducation à la consommation et de création d'environnements plus sécuritaires se sont majoritairement effectuées à partir du réseau des piqueries, avec la collaboration, quand cela était possible, des revendeurs de drogues et des gérants de ces endroits;

* PIC-ATOOTS s'est attaché à développer une dynamique communautaire à l'échelle du quartier, autour de l'amélioration du mode de vie des toxicomanes et des prostituées, en s'engageant dans des activités de sensibilisation et de formation des divers partenaires, publics et communautaires, afin de développer une vision commune et des actions convergentes. En 1992, une Table de concertation en toxicomanie naît de la collaboration d'une quinzaine d'organismes et suscite un forum communautaire: plus de 50 groupes y mettent en commun leur vision de la problématique et des avenues d'intervention dans le quartier; associé depuis les débuts à cette Table, le CLSC Hochelaga-Maisonneuve s'est avéré un partenaire de premier plan pour PIC-ATOOTS, contribuant à l'ouverture des intervenants du quartier à l'endroit des personnes toxicomanes. En 1993, la Table agit comme instance de médiation auprès des citoyens pour prévenir la montée d'un climat d'intolérance envers toxicomanes et prostituées suite à des incidents survenus dans le quartier voisin (Centre-sud). En 1994, un projet de centre d'aide et d'intervention pour toxicomanes voit le jour dans le but d'améliorer la qualité de vie des toxicomanes et prostituées et celle des gens du quartier, en lien avec ces réseaux: il s'agit d'un *drop-in* de soir et de nuit, fonctionnant avec l'implication des toxicomanes, destiné à leur servir de lieu de transition, d'appartenance et de développement de solutions de rechange en terme de style de vie. Le projet avorte en raison de pressions politiques et se transforme en Collectif d'aide et d'intervention (CAI) afin de privilégier l'actualisation de pratiques d'*empowerment* et de stratégies d'appropriation par les personnes toxicomanes elles-mêmes. Depuis, l'action de PIC-ATOOTS, de concert avec celle de Pré-fix qui assure l'échange de seringues et la distribution de condoms, est conçue comme vecteur de

mobilisation et d'organisation pour que toxicomanes et non-toxicomanes puissent cohabiter et se prendre en charge avec le support des ressources du quartier: l'implantation récente d'un logement autogéré par les usagers, en concertation avec les résidents du quartier, est le fruit de ce long et laborieux processus de travail à l'intérieur des milieux.

L'expérience de PIC-ATOOUTS fait également ressortir, de façon exemplaire, les obstacles et les limites rencontrés dans le développement de l'approche de réduction des méfaits sur le terrain et plus particulièrement dans le contexte du Québec:

- * les «failles» dans le continuum des services dont les toxicomanes ont besoin, entre la prise de contact dans la rue ou en piquerie et les possibilités d'accès à des services variés de première ligne, d'intervention de crise, de désintoxication brève, de réadaptation, de suivi; à cet égard, l'absence d'accès à bas seuil à des drogues de substitution, notamment à des stimulants majeurs pour ce milieu, représente un sérieux handicap par rapport à des zones urbaines comparables et mieux desservies, en Europe;
- * le manque de liens et les différences de culture entre les divers intervenants impliqués auprès des toxicomanes entraînent une mauvaise circulation de l'information, des actions qui se neutralisent, des services morcelés; l'absence de politique officielle de tolérance et de collaboration au niveau policier oblige ainsi au travail à la pièce, les patients efforts de travail de milieu et d'action communautaire pouvant se voir réduits à néant sous la poussée d'une vague de répression des usagers et petits trafiquants⁴⁴. Également, la référence s'avère difficile dans un contexte où nombre d'organismes et d'établissements s'en remettent toujours au modèle strict de l'abstinence comme base d'accueil et de traitement des toxicomanes;
- * le caractère illicite et fortement hiérarchisé des milieux de consommation ne facilite pas l'intervention soutenue et l'adoption de comportements sécuritaires, malgré la progression de la conscientisation au phénomène du sida, d'autant que le travail de rue peut avoir l'effet pervers d'apporter des solutions temporaires aux souffrances et ne pas toujours mener à l'instauration de solutions durables, en dépit du parti-pris philosophique de PIC-ATOOUTS pour *Yempowerment*, individuel et collectif. Dans ce contexte, une plus grande empathie et flexibilité des pouvoirs publics à l'endroit des usagers à travers la permission de zones de tolérance pour la consommation donnerait l'opportunité aux toxicomanes d'intégrer des

⁴⁴ Ainsi, après qu'une telle vague de répression eût conduit à l'incarcération de plusieurs gérants de piqueries, au milieu des années 1990, les travailleurs de PIC-ATOOUTS ont non seulement perdu une partie de leurs contacts avec des leaders naturels mais ont assisté à une nette augmentation des méfaits envers les usagers du quartier, due à l'arrivée de nouveaux gérants, plus jeunes, qui abusaient de la situation.

comportements sécuritaires et de progresser vers des changements plus profonds, à moyen terme, à travers certaines formes d'auto-organisation et de responsabilisation collective.

[Bibeau et Perreault, 1995; Desjardins, 1995; Desjardins et Morissette, 1997; Le Bossé, 1996; Morissette, 1995]

4.2.4 Zones de tolérance

Dans certains pays européens, une mesure innovatrice de réduction des méfaits est l'ouverture d'endroits où les toxicomanes peuvent se rencontrer, se procurer du matériel stérile d'injection et des condoms, rencontrer des intervenants, recevoir des soins médicaux et, dans certains cas, consommer des drogues illicites dans un environnement hygiénique et sécuritaire. Ces lieux portent diverses appellations: salles d'injection, centres de contacts, salles de santé, centres de réduction des méfaits, boutiques de santé. La tolérance de tels endroits vient de ce qu'ils représentent un moindre mal face à la prolifération de piqueries clandestines (*shooting galleries*) qui sont des milieux souvent insalubres et violents, plus propices à l'échange de seringues et moins faciles d'accès pour les intervenants sociosanitaires. Ces zones de tolérance ont des prédécesseurs: les centres de jour et les refuges, principalement développés aux États-Unis, dans les années 1970, et décrits au chapitre 2; la courte expérience des «cafés de drogue» fournissant et permettant la consommation d'héroïne, à Amsterdam, à la fin de la même décennie. Les premières salles d'injection ont vu le jour en Suisse allemande, vers la fin des années 1980, à l'instigation d'organismes privés pour être ensuite reprises, sous administration municipale, et se multiplier au cours des années 1990, toujours dans la portion allemande du territoire helvétique (Baie, Berne, Lucerne, Zurich). Ces salles, couplées à d'autres mesures à bas seuil comme les programmes de traitement non résidentiels et la prescription de drogues, sont aujourd'hui partie intégrante de ce qu'on pourra peut-être bientôt qualifier de «modèle suisse», fortement décentralisé et comptant sur le développement et la responsabilisation des communautés locales: aussi, l'accès aux salles d'injection est-il, en principe, réservé aux usagers habitant le territoire qui doivent présenter leur carte d'identité pour filtrer les étrangers et éviter des concentrations de consommateurs. On retrouve des salles similaires, intégrées à des programmes préventifs, en Allemagne et au Royaume-Uni.

Dans les années 1980, des zones de tolérance en plein air ou «sites ouverts» (*open drug scenes*) ont été autorisés et organisés dans certaines villes d'Europe, plus souvent établies dans les centres-villes, près des gares et des zones achalandées, dans le but de regrouper et de joindre plus facilement les toxicomanes méfiants et dispersés sur le territoire, pour qu'ils aient accès à l'échange de seringues ainsi qu'à de l'aide médicale ou psychosociale. Le parc public Platzpitz, à Zurich,

connu comme le «Parc à seringues» (*Needle Park*), est sûrement le plus célèbre de ces espaces: fermé par la police, en 1992, la scène ouverte s'est toutefois déplacée dans une gare désaffectée adjacente au parc pour être à nouveau fermée, en 1995, cette fois selon un plan d'intervention sociosanitaire assurant une transition vers des ressources de rechange. Des sites similaires à Berne et Baie de même qu'au centre-ville de Franckfort, en Allemagne, ont également été fermés, au début des années 1990. L'analyse de ces échecs apparents mènent aux conclusions suivantes: les scènes ouvertes provoquent une concentration d'usagers, amplifiée par l'affluence de consommateurs de villes et de pays étrangers, moins tolérants. En l'absence de mesures complémentaires à proximité (accès à des drogues de substitution, centres de jour avec services médicaux et psychosociaux, ressources de traitement à bas seuil), le contexte prohibitionniste transforme ces espaces en un théâtre d'activités criminelles (besoins d'approvisionnement) d'intoxications, de surdosages (produits frelatés) et de comportements violents (guerre des revendeurs). À cet égard, l'expérience de Zurich aura eu l'effet paradoxal d'un déclencheur: en 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, la scène ouverte a forcé les autorités nationale et communale à mettre en branle une réforme pragmatique de l'organisation des services publics de prise en charge des toxicomanes, tel que nous le mentionnions plus tôt.

Même si la majorité de ces espaces ouverts ont connu une existence brève, il en existe toujours qui fonctionnent, comme *Platform Zero*, à la gare de Rotterdam, supervisé par la police et bénéficiant de ressources d'échange de seringues et d'accès à la méthadone. La ville de Rotterdam est également associée au développement d'initiatives dites de voisinage communautaire où les résidents de quartiers, de concert avec les policiers, mettent en oeuvre des stratégies visant à maintenir la qualité de vie et la sécurité dans leur milieu, sans pour autant rejeter ou réprimer les toxicomanes vivant dans l'entourage⁴⁵. La tolérance des «trafiquants d'appartements» est l'une de ces initiatives, les policiers ne poursuivant pas les revendeurs qui possèdent un logement et qui font en sorte que leurs activités ne troublent d'aucune façon le voisinage. Le développement de projets d'habitation pour toxicomanes, soutenus par la communauté, est également une expérience novatrice que l'on retrouve dans cette ville: appuyés par la municipalité et des résidents d'un quartier, des toxicomanes (chassés d'une scène ouverte, fermée en 1994) ont pu s'installer dans une maison abandonnée, sur le point d'être démolie, et y vivent dorénavant gratuitement, en se partageant les tâches de même que les frais de nourriture, d'électricité et de chauffage. Une entente a été établie, de concert avec les résidents du quartier, sur les règles à respecter pour demeurer dans le projet (absence de visites extérieures, participation à la vie communautaire). Un «gérant» est

⁴⁵ C'est là une différence majeure avec les initiatives nord-américaines de protection communautaire organisées par les citoyens et qui visent, trop souvent, au «nettoyage» des quartiers.

désigné par le groupe pour voir au partage des tâches et à l'harmonie des relations. Les toxicomanes peuvent consommer à l'intérieur de l'habitation et l'approvisionnement est assuré quotidiennement par un revendeur qui doit respecter certaines conditions concernant la qualité et les doses. La municipalité travaille à développer des projets similaires avec d'autres citoyens de la ville.

Aux États-Unis et au Canada, la pratique des zones de tolérance n'est pas développée. Le Groupe de travail sur la politique du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies recommande d'engager des recherches afin de déterminer la faisabilité et l'efficacité d'une telle mesure [CCLAT, 1996; CRIPS/Toxibase, 1997; Keverling, 1997; Nadelman et coll., 1994; Riley, 1996a; TV5, 1994].

Au Québec, la situation est identique au reste de l'Amérique du Nord sur cet aspect. Deux percées méritent pourtant d'être soulignées. D'abord, le travail avec et par les usagers dans le quartier montréalais d'Hochelaga-Maisonneuve, décrit à la section précédente, tend naturellement vers l'instauration de solutions communautaires de rechange au mode de vie des piqueries, qui pourraient s'apparenter aux expériences menées à Rotterdam. D'autre part, une expérience de zone de tolérance à l'intérieur d'une maison d'hébergement pour sans-abri toxicomanes vivant avec le VIH/sida a cours actuellement, à Montréal, dans le cadre du projet-pilote de Chez ma cousine Evelyn inc. L'organisme a d'abord vu le jour, en 1988, comme première famille d'accueil montréalaise pour personnes atteintes du sida, clientèle qu'elle a accueillie sur cette base, jusqu'en juillet 1991. Par la suite, une réflexion et la consultation des groupes oeuvrant auprès de la même clientèle mènent à la constatation qu'aucune ressource n'existe pour les personnes vivant la triple problématique: itinérance, toxicomanie et VIH/sida; une nouvelle orientation est alors mise de l'avant dans un projet déposé pour financement à la Régie régionale de Montréal-Centre, en 1992, projet retenu en 1994 et lancé officiellement le 1^{er} octobre 1995.

De par ses origines, la philosophie de la Corporation Chez ma cousine Evelyn inc. (CMCE) a toujours été celle des maisons communautaires d'hébergement dans le domaine du sida⁴⁶, soit une approche humaniste où priment le respect de la dignité de l'être humain et la lutte contre la discrimination; aussi était-il naturel pour l'organisme d'adopter une approche de réduction des méfaits avec sa nouvelle clientèle toxicomane, n'exigeant pas l'abstinence mais s'attachant plutôt à limiter les conséquences négatives des interactions entre la consommation de drogues et les problèmes de santé liés au VIH/sida. Un rapport d'évaluation du projet-pilote, après 16 mois de

⁴⁶ L'organisme est d'ailleurs impliqué avec plusieurs partenaires de ce secteur à travers la Coalition des organismes communautaires québécoise de lutte contre le sida (COCQ sida) et la Table de concertation des maisons d'hébergement sida.

fonctionnement, faisait état de seulement cinq ressources en Amérique du Nord, en 1995, pour une clientèle comparable à celle de CMCE: quatre étaient situées aux États-Unis et une à Vancouver⁴⁷. Trois des quatre ressources américaines n'admettent pas la consommation chez les résidants alors qu'elle est tolérée dans la ressource canadienne qui offre un programme d'échange de seringues, un soutien à ceux qui veulent aller en traitement et admet l'achat, la vente et le partage de drogues à l'hôtel. Selon ce même rapport, le profil de consommation des résidants de CMCE est celui d'un polytoxicomane; l'alcool, les narcotiques (héroïne et médicaments) et la cocaïne sont les substances les plus largement consommées. L'expérience de CMCE, après deux ans d'activités, se présente comme suit:

- * CMCE possède neuf chambres (dont une pour couple) pour accueillir hommes et femmes sans domicile fixe, toxicomanes actifs et vivant avec le VIH/sida auxquels elle offre services et soins d'accompagnement jusqu'à la mort; depuis 1996, la majorité des gens admis présentent également une problématique de santé mentale associée. Les personnes sont admises sur référence d'un intervenant du milieu qui garde contact avec eux tout au long du séjour. Les coûts d'hébergement sont de 475,00\$ par mois, incluant repas, buanderie, soins et services médicaux, psychosociaux et communautaires. Des salles communes avec équipements (télé, système de son, piano, ordinateur) de même qu'un téléphone sont à la disposition des résidants. Un code de vie régissant les aspects de la vie à l'intérieur de la maison a été établi au départ du projet, par des membres de l'équipe; les résidants sont encouragés à en clarifier les points, à discuter des conséquences d'un non-respect des règles et à s'impliquer, de façon générale, au sein du comité des résidants;

- * CMCE fonctionne à partir d'une équipe d'intervenants pluridisciplinaires, de stagiaires et de bénévoles pour assurer une présence 24 heures sur 24, sept jours sur sept. On y retrouve une équipe de soutien (7 personnes) et une équipe d'intervenants (17 personnes). Un conseil d'administration sur lequel siègent deux personnes atteintes du VIH/sida dont un résidant voit à la définition et à l'atteinte des objectifs de la maison. Le CMCE fonctionne en partenariat étroit avec les réseaux des secteurs du sida, de l'itinérance et de la toxicomanie;

- * CMCE fonde son action sur quatre principes: vision communautaire (sentiment d'appartenance, *empowerment*), relation d'aide (approche behaviorale cognitive), soins palliatifs (accompagnement personnalisé) et réduction des méfaits. Les actions spécifiques à l'approche comprennent l'accessibilité aux seringues, aux condoms et à des contenants de

⁴⁷ Il s'agit de *AIDS Housing of Washington* (Seattle), *Peter Claver Community* (San Francisco), *Housing Works inc.* et *Stand-Up Harlem* (New York) et *The Portland Hotel* (Vancouver).

récupération; l'éducation à la consommation sécuritaire (sites d'injection, voies d'absorption); la sensibilisation des policiers du secteur (postes 21 et 19) au projet et à la clientèle; la consommation de drogues et d'alcool admise dans les chambres; un débat et un questionnement collectifs sur la question de l'approvisionnement en drogues, sur l'administration des doses par le personnel en cas d'incapacité des résidants, sur le recours à des produits de substitution; l'engagement et la responsabilisation des résidants dans le milieu via la récupération systématique des seringues; une journée d'étude pour le personnel et les résidants sur la réduction des méfaits et la vie communautaire.

[Deschênes, 1996; Le Clerc, 1992; Pante, 1995; Rozier et Laberge, 1997]

4.2.5 Information et éducation

Comme toutes formes d'intervention publique, l'approche de réduction des méfaits recourt aux stratégies de base que sont l'information et l'éducation⁴⁸ parce qu'il est essentiel d'agir sur les connaissances, les attitudes et les compétences des usagers si l'on veut obtenir l'adoption de comportements sécuritaires. Ces stratégies appartiennent au champ traditionnel d'action de la prévention primaire et de la promotion de la santé (influence, développement de compétences, éducation à la santé) et leur utilisation en réduction des méfaits suscite la controverse, cristallise certains enjeux: doit-on limiter les efforts d'information et d'éducation aux seuls usagers à haut risque, dans une optique de prévention secondaire, ou en faire la base d'une nouvelle éducation à la santé, diffusée auprès de la population générale et des jeunes, dans une optique de prévention primaire? est-ce qu'il faut informer honnêtement des bénéfices comme des méfaits et cela revient-il à faire la promotion de l'usage? l'éducation à la consommation sécuritaire ne suppose-t-elle pas l'adhésion implicite à un modèle de libéralisation de l'usage de toutes les drogues (légalisation)?

Les initiatives publiques d'information et d'éducation dans une perspective de réduction des méfaits se sont véritablement manifestées vers la fin des années 1960, à travers la diffusion de matériel, de méthodes et de conseils visant une meilleure gestion de l'usage des drogues et de ses conséquences (revoir **section 2.4**). À la fin des années 1970, *l'Institute for the Study of Drug Dependence* (ISDD) lance, à Londres, un guide qui préfigure des actions en information et en éducation actuellement menées en Grande-Bretagne et dans d'autres pays. Le document de l'ISDD est conçu pour contrer l'accroissement des méfaits causés par l'abus de solvants chez les jeunes anglais, en réaction à l'échec des campagnes de prévention traditionnelles. Démontrant l'inefficacité et les effets pervers d'une information dramatisante, il prône une approche pragmatique dont le but

⁴⁸ De façon générale, l'information consiste en la transmission de connaissances à partir desquelles l'individu est libre de se faire une opinion et de faire des choix d'actions; l'éducation suppose, outre la dimension de transmission du savoir, une méthode, une procédure de mise en pratique de façon à acquérir des compétences pour l'action.

n'est plus de prévenir l'usage mais d'en atténuer systématiquement les risques. L'information se veut «objective» et couvre les aspects suivants: la présentation des solvants les moins dangereux, les règles de sécurité lors de l'usage, les solutions de rechange pour obtenir les mêmes sensations sans consommer, les soins d'urgence à prodiguer lors de complications, la discussion franche des motivations à l'usage, la critique des messages médiatiques sur le sujet. Les auteurs proposent l'intégration de ces contenus à un curriculum scolaire plus large d'éducation sanitaire et sociale.

Les premiers outils d'information et d'éducation clairement associés au courant de réduction des méfaits en matière de drogues sont, de fait, apparus en Grande-Bretagne, mais aussi aux Pays-Bas, en Allemagne et en Australie, à la fin des années 1980. Fortement inspiré par les produits développés au cours de la décennie dans le domaine des pratiques sexuelles et de la prévention du sida, ce matériel présente une information directe sur la consommation, les pratiques sécuritaires d'usage et adopte un style ainsi que des supports adaptés aux populations cibles (langage populaire, graphisme choc, utilisation de la bande dessinée, formats de poche, etc.). Une deuxième vague de diffusion touchera des pays comme la Suisse, la France, la Belgique, les États-Unis et le Canada, dans les années 1990, le matériel étant produit tant par des organismes publics que par des groupes communautaires, dont plusieurs regroupements d'utilisateurs⁴⁹.

La transmission d'informations et l'éducation s'appuient sur ces nouveaux outils et de nouveaux «messagers»: les intervenants en santé publique et les travailleurs de milieu. Les stratégies et les produits sont d'abord destinés aux usagers réguliers ou à haut risque et intégrés au contexte du travail de rue et de *counseling* auprès des consommateurs. Plusieurs outils sont centrés sur les UDI et la consommation sécuritaire; notons, au Canada, la brochure *Harm Reduction for Injection Users*, à l'intention des intervenants sociosanitaires et produit par un organisme gouvernemental de lutte au sida (Vancouver, 1995) et la vidéocassette *Fit*, à l'intention des usagers et produit par le personnel et les usagers d'un centre de santé communautaire (Toronto, 1995). Une autre cible de choix pour l'information et l'éducation en réduction des méfaits aura été les usagers expérimentaux ou occasionnels de MDMA (*Ecstasy*), à mesure que le phénomène des soirées *raves* a touché différents pays; au Canada, signalons le projet TRIP (*Toronto Raver Information Project*) mis en place par des éducateurs d'un centre de santé (Toronto, 1995) et le regroupement d'utilisateurs *MindBodyLove* (MBL), à Vancouver, qui diffuse de l'information et pratique le soutien par les pairs lors des *raves*. Le **tableau 4.2** présente quelques conseils prodigués dans le cadre d'une intervention de type primaire, auprès d'utilisateurs de MDMA, et de type secondaire, auprès d'UDI:

⁴⁹ Il y a des différences marquées d'un pays à l'autre: ainsi, alors que les gouvernements australien et suisse sont directement associés à la production de matériel, ce sont très majoritairement des groupes communautaires et d'utilisateurs qui en produisent en France et aux États-Unis.

Tableau 4.2

Conseils pour un usage sécuritaire dans une optique de réduction des méfaits

(Raves: MDMA) Usagers expérimentaux, occasionnels	(UDI: cocaïne, héroïne) Usagers réguliers, toxicomanes
* achète la drogue d'une personne que tu connais * choisis la voie d'administration la plus sûre (orale) * consomme boissons gazeuses et eau pour éviter la déshydratation * ralentis le rythme de danse si la température ambiante est élevée * espace ta consommation (pas plus d'une fois/mois)	* pique-toi au-dessus de la taille mais en dessous du cou * change de sites pour permettre la cicatrisation * injecte un petit échantillon en cas de doute sur la qualité de la drogue * nettoie le site avec de l'alcool ou de l'eau et du savon * prends un bain chaud pour dilater les veines * pique-toi dans la cuisse si tu ne trouves pas de veines

Concernant le MDMA, le groupe *Safe House*, à Amsterdam, sous la responsabilité des autorités municipales de santé publique, opère un laboratoire ambulant afin de fournir aux usagers de l'information sur la nature des produits qu'ils se procurent au marché noir, avant d'assister aux raves. Dans le cas des drogues injectées, mentionnons l'effort systématique d'information et d'éducation mené dans la ville de Londres pour «convertir» les UDI de l'injection à l'inhalation, selon la technique dite *chasing the dragon*⁵⁰.

Une perspective plus large s'est ouverte en Grande-Bretagne, dans la foulée des expériences avec les jeunes usagers de MDMA et dans la lignée du travail effectué par l'ISDD avec les solvants. Il s'agit de la mise en oeuvre, depuis 1990, du *Harm-Reduction Drug Education* (HRDE), une approche éducative destinée aux jeunes adolescents et adolescentes anglais et dispensée par le personnel infirmier. Le programme est composé d'un volet jeune (*Taking Drugs Seriously*) et d'un volet intervenant (*Don't Panic*) et comporte les sections suivantes:

- Faits à propos des drogues: information sur les risques aussi bien que les bénéfices;
- L'usage personnel de drogue: d'un point de vue de prise de risque plutôt que moral;
- Les attitudes: à propos des stéréotypes liés à l'usage;
- La réduction des méfaits: facteurs de risque liés au produit, à l'individu et au contexte;
- Les drogues et la loi: conséquences légales, droits de l'utilisateur et gestion des conflits;
- Donner et recevoir de l'aide: compétences pour s'aider et aider les autres;
- Action communautaire: les réactions à l'usage de drogues dans la communauté et le pays;
- Parents et communauté: comment éduquer ses parents et les autres adultes.

Ce type de programme rencontre des résistances puisqu'il propose comme modèle éducatif général une approche en rupture avec le modèle dominant de la réduction de la demande (*Just Say*

⁵⁰ Littéralement «pourchasser le dragon» en référence à la façon dont l'utilisateur doit «bouger» pour aspirer la fumée de la drogue qui se consume sur une feuille d'aluminium, chauffée par dessous au moyen d'un briquet: à l'aide d'un tube (papier, plastique), le consommateur suit et capte les effluves du produit qui doit brûler lentement, à basse température (et non comme dans une cigarette), si on désire obtenir les effets psychotropes.

No). Plusieurs auteurs sont toutefois d'avis qu'il est tout aussi nécessaire de changer de «paradigme» au plan de l'éducation des jeunes à propos des drogues qu'il l'était de modifier les façons de faire en intervention précoce, auprès des toxicomanes. Ainsi, dans une publication récente du *National Council on Crime and Delinquency* (NCCD), aux États-Unis, Marsha Rosenbaum démontre l'échec de la philosophie préventive en vigueur et exhorte les autorités à modifier leurs prémisses concernant l'usage de drogues chez les jeunes. Le **tableau 4.3** résume l'ancienne et la nouvelle approche:

Tableau 4.3

Prémisses concernant l'adolescence et l'usage de drogues, selon deux approches de la question
D'après Rosenbaum, 1996

APPROCHE DE RÉDUCTION DE LA DEMANDE	APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS
* l'abstinence totale est un but réaliste * l'usage des drogues illégales constitue nécessairement un abus * une forme d'usage de drogue mène inévitablement à d'autres formes, plus nocives * la compréhension des dangers liés aux drogues décourage l'expérimentation * les jeunes sont incapables de décisions responsables sur une question aussi grave que l'usage de drogues	* les drogues comprennent tous les produits psychotropes, légaux et illégaux * l'abstinence totale n'est pas un but réaliste * il est possible d'utiliser les drogues de façon contrôlée et responsable et l'usage de n'importe quel des psychotropes ne constitue pas, en soi, un abus * rien n'est plus important en matière d'usage sécuritaire des drogues que la prise en compte du cadre général: substance, individu, contexte

À partir du moment où l'approche de réduction des méfaits s'intéresse aux risques autant qu'aux dommages et qu'elle assimile les drogues licites autant qu'illicites, elle ne pourra logiquement qu'étendre son action pour englober le domaine de la prévention générale, avec la philosophie d'informer et d'éduquer *sur* et non *contre* les drogues. Au plan des initiatives éducatives, la région de Mersey, en Angleterre, et l'Australie ont des programmes de formation spécifiques pour les policiers afin de les sensibiliser au VIH/sida et à l'approche de réduction des méfaits [Dubey, 1996; ISDD, 1983; Jones, 1990; Kinross, 1995b; *MindBodyLove*'zine, 1996; Mino, 1993; Nadelman et coll., 1994; Parkdale Community Health Centre, 1995; Riley, 1996a; 1996b; Rosenbaum, 1996; St-Jean, 1996; STD/AIDS, 1995; Southwell et Jankowska, 1996; van den Boomen, 1997].

Au Québec, le matériel informatif et éducatif qui adopte explicitement une approche de réduction des méfaits est essentiellement lié à la prévention du sida et aux populations associées (homosexuels, UDI, usagers de stéroïdes). Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) et l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) ont mis en circulation divers types de produits à cet effet. Le CQCS vient également de commanditer la production d'un document vidéo à l'intention des UDI, comparable à *Fit*, qui doit être réalisé sous

la responsabilité du groupe Concertation Toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve (CTHM), avec l'apport des usagers du quartier. Signalons également la publication d'une recherche exhaustive sur le MDMA (*Ecstasy*), par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Lanaudière, qui adopte une perspective de réduction des méfaits en présentant, outre les faits concernant le produit, les divers contextes de son usage et une série de conseils afin de prévenir les conséquences négatives ou y remédier. À Montréal, plusieurs prometteurs et propriétaires de bars *rave* souhaitent ouvertement que le milieu développe des possibilités de tester les produits, bien qu'il leur soit impossible, au plan légal, d'en prendre officiellement l'initiative.

Ainsi que nous le mentionnions à la fin du **chapitre 2**, la situation du Québec au plan de l'avancement des idées et des pratiques en toxicomanie est particulière. Une tradition unique de formation universitaire dans ce secteur, remontant au milieu des années 1970, a contribué à l'approfondissement des stratégies d'information et d'éducation en matière de drogues, davantage que dans d'autres pays de la francophonie et en dépit de la proximité du modèle américain de «guerre à la drogue». Ajoutons à cela la permanence de textes francophones alimentant, au plan théorique et pratique, la réflexion sur l'intervention préventive et publiés dans diverses revues, depuis le début des années 1980⁵¹. Aussi, pour plusieurs professionnels et intervenants québécois en toxicomanie, l'adoption d'une perspective de prévention de l'abus plutôt que de l'usage, concernant l'ensemble des substances psychoactives, était déjà chose acquise à l'arrivée de la réduction des méfaits. Nombre d'outils et de programmes, diffusés au cours des années 1980, reposaient d'ailleurs sur des prémisses concernant les jeunes et l'usage de drogues inspirées de la réduction des méfaits, sans que l'approche ne soit nommée⁵² [Létourneau, 1994; Peterson, 1996; Silcott, 1997].

⁵¹ Quatre publications sont particulièrement à signaler comme sources d'information factuelle ou scientifique sur les drogues et les approches éducatives dans le domaine: *Psychotropes* (ancienne formule, de 1983 à 1994, nouvelle formule depuis); *L'Intervenant* (AITQ, également depuis 1983); *L'Écho-Toxico* (Certificat de toxicomanie, Université de Sherbrooke, depuis 1990); *Le Journal* (ARF, Toronto, disponible en traduction française depuis 1994 mais dont la création remonte à 1972).

⁵² Entre autres, les outils: *Les drogues des choix à faire* (Bureau de consultation jeunesse et CECM); *Les drogues: extase et dangers* (Éditions du Jour); *Les drogues: faits et méfaits* (Santé Canada); *Sans préjuger* (MSSS). Les programmes: *JADE* (CECM et Centre de réadaptation Alternatives); *D-PAR* (polyvalente Jeanne-Mance); *Bar Ouvert* (Institut de recherches cliniques de Montréal).

4.2.6 Applications et modifications des lois

Avec les politiques d'application des lois antidrogue, nous touchons à l'ambiguïté profonde au coeur de tous les débats concernant l'approche de réduction des méfaits, à savoir qu'une grande majorité des conséquences négatives que l'on tente d'atténuer ou de prévenir par des stratégies plus pragmatiques et humaines ont pour cause première l'existence de mesures prohibitives sur certains produits. Aussi existe-t-il deux positions fortement campées aujourd'hui dans le mouvement: pour les uns, la réduction des méfaits implique de progresser vers une légalisation des drogues afin de devenir une philosophie et une politique pleinement efficaces au plan social, concernant tous les produits psychotropes; pour les autres, la réduction des méfaits représente une option intermédiaire de santé publique renvoyant dos à dos la prohibition totale et la légalisation totale, et visant des améliorations ponctuelles avec un maximum de partenaires, quitte à s'exposer à des contradictions et travailler avec des gens aux philosophies opposées. Quoiqu'il en soit, l'application moins rigide des lois existantes ou encore des modifications juridiques vers une plus grande tolérance génèrent souvent plus d'impacts que d'autres mesures de réduction des méfaits mises en oeuvre dans les milieux. Pour que ces impacts soient bénéfiques, les changements dans l'application de la loi doivent nécessairement être intégrés à un tissu plus vaste de mesures préventives, curatives et sociales et supportés par les acteurs sociosanitaires et politiques clés. Si ces conditions sont déficientes, à l'instar de ce qui s'est produit avec les expériences de dépénalisation des drogues vécues en Espagne et en Italie, ces dernières années, un changement prématuré de cadre juridique peut générer des effets pervers qui conduisent à des ressacs d'opinion vers le prohibitionnisme.

L'expérience de Liverpool, précédemment abordée, fournit un modèle d'application des lois souvent fois cité en exemple. Les policiers de la région de Mersey ont en effet développé une stratégie dite de collaboration avec la santé publique (*Responsible Demand Enforcement*) dont les caractéristiques sont les suivantes: le corps policier siège sur des comités de partenaires s'occupant des questions de drogues, appuie le travail de réduction des méfaits fait par l'échange de seringues et la prescription de drogues et concentre ses ressources à la répression des trafiquants; en conséquence, il applique une politique d'avertissement plutôt que de judiciarisation lors d'une première infraction pour possession de drogues (héroïne, cocaïne, MDMA, amphétamines), en référant les contrevenants aux ressources de réduction des méfaits ou de traitement disponibles. Bien que cette pratique, pilier de l'expérience de Mersey, ne soit pas répandue sur tout le territoire anglais, le Procureur Général du pays la recommande comme alternative dans les cas de possession de cannabis.

Aux Pays-Bas, l'application de la loi se traduit par une décriminalisation de fait de la possession de cannabis, ainsi que nous l'avons déjà vu. Des règles s'appliquent toutefois sur les quantités permises (jusqu'à cinq grammes), les lieux de vente (*coffee shop*), l'âge des acheteurs (au-dessus de 16 ans), toute promotion ou publicité sur les produits étant interdite. La longue tradition de tolérance établie dans ce pays explique que les corps policiers y supportent largement les mesures de santé publique, concentrant leurs efforts sur le trafic des drogues «dures» et l'élimination des menaces à l'ordre public comme la violence dans les quartiers. Rappelons que les intervenants y visitent les postes de police afin de prendre contact avec les usagers arrêtés et que les policiers eux-mêmes pratiquent l'échange de seringues. D'autres pays ont entrepris, au cours des années 1990, de questionner les lois existantes et leurs applications dans le contexte du développement de mesures de réduction des méfaits comme l'échange de seringues, la prescription de drogues et les zones de tolérance. À Hambourg, les policiers collaborent déjà avec les responsables de santé publique et les usagers afin d'améliorer l'accès aux ressources; de plus, plusieurs tribunaux locaux ont déjà refusé d'entendre des causes de possession simple de cannabis tant que les lois en cette matière resteraient inchangées. En Australie, deux états traitent les cas de possession de moins de 100 grammes de cannabis par de simples amendes, sans casier judiciaire; de plus, un groupe de parlementaires s'est engagé pour la réforme des lois sur les drogues (*Australian Parliamentary Group for Drug Law Reform*), en 1993, menant une enquête en profondeur sur les différentes politiques nationales en matière de drogues, à la faveur de la Septième conférence sur la réduction des méfaits, tenue en Tasmanie; en Suisse, une proposition de l'Association pour la légalisation des drogues (*Droleg*), en 1993, de légaliser les narcotiques en investissant dans des mesures préventives et en posant des restrictions au niveau de l'âge d'accès et de la promotion du produit, a été appuyée par les Sociaux Démocrates et le Parti Vert, de même que par de nombreuses organisations oeuvrant en santé, dont l'Association des parents de jeunes dépendants des drogues.

Aux États-Unis, malgré un ébranlement de la philosophie de «guerre à la drogue» depuis la fin des années Reagan, l'application des lois reste stricte et dans une perspective de criminalisation. Au début de son premier mandat, le président Clinton avait manifesté une certaine ouverture face à la question en nommant un nouveau responsable du contrôle des narcotiques, le D^r Lee P. Brown, qui affirmait alors publiquement vouloir aborder la question des drogues comme un problème de santé publique plutôt que de criminalité. Pourtant, lors de la dernière campagne présidentielle, Bill Clinton est revenu au discours traditionnel en annonçant un renforcement des mesures de lutte à la drogue. Au Canada, on perçoit certaines tendances vers la pratique de la police communautaire (qui n'implique toutefois pas nécessairement le respect des principes de réduction des méfaits à l'endroit des usagers) et l'orientation des toxicomanes vers les services de traitement. L'entrée en vigueur,

en mai 1997, de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* met fin à un laborieux processus entamé au printemps 1992. Au long des appellations successives du projet de loi (C-85, C-7 et C-8) et en dépit des représentations soutenues d'un large contingent d'organismes⁵³, le processus aura abouti à la reconduction d'une législation de nature essentiellement prohibitionniste et punitive, axée sur l'accroissement des contrôles pénaux plutôt que sur l'introduction de principes de santé publique. Parmi les éléments de controverse majeurs dans une perspective de réduction des méfaits, mentionnons:

- le maintien du casier judiciaire pour simple possession de drogues⁵⁴;
- le maintien des sanctions pour simple possession de cannabis;
- l'interdiction de tout usage médical du cannabis;
- l'absence d'indications sur les quantités permettant de distinguer entre le trafic et la simple possession pour toutes autres drogues que le cannabis;
- les nouveaux délits criminels pour simple possession dans le cas des hallucinogènes (dont le MDMA) et des amphétamines;
- l'augmentation des pouvoirs policiers en matière de fouille et de saisies;
- la possibilité d'accuser les détenteurs de matériel ou de substances ayant servi à la fabrication ou à l'usage (ce qui touche directement les UDI).

Devant pareil constat, il ne reste d'autres choix que d'investir le terrain pour y agir dans une perspective «non légaliste», en faisant primer la santé publique à chaque fois qu'il est possible de le faire pour créer des précédents et des pratiques d'application moins rigides, dans un esprit de réduction des méfaits [Australian Parliamentary Group for Drug Law Reform, 1997; Beauchesne, 1997a; CCLAT, 1997; CPLT, 1996; Fischer, 1997; Klingemann, 1996; Riley, 1996b; TV5, 1994].

Le Québec tombe sous le coup de la nouvelle législation fédérale canadienne qui envoie un message clair: la répression pénale est encore la principale stratégie de référence concernant les affaires de drogue. Cette situation risque-t-elle de mettre en péril les alliances déjà établies entre policiers et intervenants, sur le terrain? Ou alors de radicaliser des rapports déjà tendus dans le

⁵³ Citons, entre autres, la Fondation canadienne sur la politique des drogues, L'Association du Barreau canadien, L'Association des Droits et libertés de Colombie-Britannique, le Barreau ontarien, L'Association des criminalistes, la Société canadienne du sida, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, le réseau juridique canadien VIH-SIDA.

⁵⁴ Une controverse existe sur cet aspect concernant le cannabis: pour des quantités de moins de un gramme (haschisch) et de moins de 30 grammes (marijuana), on procédera par infraction sommaire, sans prise d'empreintes et de photographie, ce qui conduit les policiers à affirmer qu'il n'y aurait alors pas de casier judiciaire. Sur cette question, débattue lors des audiences sur le projet de loi, l'Association canadienne du Barreau et l'Association des criminalistes de l'Ontario a clairement souligné et démontré que procédure sommaire n'équivaut en aucune façon à une absence de casier, qu'il y a enregistrement, d'une façon ou d'une autre, dans les fichiers criminels (The Standing Senate..., 1996).

contexte des politiques de «tolérance zéro», particulièrement sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal? À l'été 1997, l'Association des travailleurs et travailleuses de rue du Québec (l'ATTRueQ) dénonçait, en conférence de presse, l'incompatibilité criante entre leur mission consistant à prendre contact, diminuer l'isolement et améliorer les conditions de vie de la clientèle auprès de qui ils travaillent (toxicomanes, jeunes de la rue, prostitué-es) et l'attitude des corps policiers, axée sur la dénonciation et la judiciarisation des délinquants. Certes, il existe des tentatives voire une volonté de la part de certains policiers ou services de police au Québec d'adopter des stratégies davantage préventives ou de collaborer à l'implantation de mesures de réduction des méfaits, au sein de la communauté; l'existence d'une loi de *nature* répressive pose cependant le problème bien réel du pouvoir discrétionnaire encore laissé aux policiers (ou à des directions de police) de recourir à la répression dans n'importe quelles circonstances impliquant la drogue.

Le recours à la non-judiciarisation (pouvoir discrétionnaire du policier de ne pas arrêter un individu) et à la déjudiciarisation (pouvoir discrétionnaire de la Couronne de ne pas poursuivre l'accusé et d'adopter une mesure de rechange) dans les cas de simple possession de drogues est effectivement possible. Concernant le cannabis, si la pratique est souvent adoptée dans le cas des mineurs, la déjudiciarisation des affaires de simple possession est plutôt rare dans l'ensemble de la population, sept personnes sur dix arrêtées pour ce délit se voyant mises en accusation. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a, lors du dépôt de ses plus récentes recommandations au ministre, demandé expressément l'adoption de la déjudiciarisation comme stratégie privilégiée dans les cas d'inculpation pour simple possession de cannabis.

Toujours en matière de déjudiciarisation et bien qu'il ne s'agisse pas spécifiquement de drogues, mentionnons l'expérience menée depuis octobre 1996 par le service d'Urgence psychosociale (UPS), coordonnée par le CLSC des Faubourgs (centre-ville de Montréal), qui pourrait servir de modèle à une approche similaire auprès des toxicomanes. Issu d'un large effort de concertation des milieux de la psychiatrie et de la justice (centre hospitalier, CLSC, organismes communautaires, ministères de la Justice, de la Sécurité publique et de la Santé et Services sociaux, Cour municipale et Cour du Québec, SPCUM), le service vise à réduire les méfaits pouvant découler de gestes «délinquants» posés par des personnes itinérantes du quartier, éprouvant des problèmes de santé mentale, en proposant d'autres solutions que la judiciarisation [CPLT, 1996; Dion, 1977; Montpetit, 1977; Rozier et Laberge, 1997].

4.3 Pratiques de réduction des méfaits liés aux drogues licites

Les pratiques de réduction des méfaits concernant l'alcool, le tabac ou d'autres drogues légales supposent, à l'instar du modèle établi avec les drogues illicites, une action sur les conséquences nocives de l'usage (dangers et dégâts), sans viser nécessairement l'élimination de la consommation (abstinence), par une approche respectant les droits et la dignité des usagers et favorisant leur responsabilisation, individuelle et collective (humanisme, promotion de la santé). Inscrites pour la plupart dans le cadre de politiques et de programmes courants en toxicomanie, nous aborderons les diverses mesures à travers quatre grandes catégories de pratiques, suivant une logique d'approche systémique: de la substance à l'individu puis au contexte.

4.3.1 Modification des substances

Les mesures de réduction des méfaits relatives aux substances existent dans le cas de tous les produits licites: alcool, tabac, médicaments. Pour l'alcool, il s'agit des initiatives de l'industrie (ou, plus rarement, de directives publiques) visant la modification à la baisse de la teneur en alcool des produits: bières, vins et spiritueux dits légers. Disponibles dans plusieurs pays, dont le Canada et le Québec, depuis les années 1980, en réponse à une demande sociale pour des produits moins nocifs pour la santé, ceux-ci permettent la consommation d'un volume équivalent de liquide pour une intoxication moindre, en demeurant profitables à l'industrie⁵⁵. Notons la récente réglementation ontarienne (octobre 1996) obligeant les fabricants à maintenir en-dessous de 20 p. 100 la teneur en alcool des vins de cuisson, produit peu coûteux ayant la faveur des sans-abri et personnes défavorisées et qui pouvait, auparavant, atteindre les 40 p. 100 d'alcool.

Dans le cas du tabac, la modification des substances remonte aux années 1950 avec l'introduction des bouts filtre, suivi au fil des décennies par l'avènement d'une pléiade de produits dits légers, à teneur moindre en goudron et en nicotine; aujourd'hui, on questionne toutefois la diminution réelle des risques apportées par de telles mesures⁵⁶. Une des mesures réclamées par les partisans d'une réduction des méfaits dans ce secteur est l'intervention de l'État afin de forcer l'industrie à la modification de certaines composantes et conditions de culture ou de fabrication des produits pour les rendre moins nocifs.

En matière de médicaments, le travail sur les substances pour les rendre moins nocives et plus facilement «gérables» par le consommateur fait partie intégrante des recherches régulières

⁵⁵ La mise en marché de produits légers, faibles en alcool, est toutefois contrebalancée par la tendance à la diffusion de produits «forts», supérieurs en alcool, particulièrement chez les brasseurs.

⁵⁶ Ainsi, les fumeurs auraient tendance à inhaler plus fortement et à fumer plus longuement les cigarettes dites douces à bouts filtre.

effectuées par les laboratoires, qu'il s'agisse de réduction du dosage, du temps de dissolution accru, de formes galléniques mieux assimilables, etc. Sur ce plan, c'est certes le domaine où les contrôles de qualité sont les plus poussés [Beauchesne, 1997c; Luciano, 1996; Nadelman et coll., 1994; Single, 1997].

4.3.2 Produits de substitution

On ne peut parler de produits de substitution comme tels à l'alcool, bien qu'il existe aujourd'hui des médicaments comme la naltrexone (*Revia*TM) possédant des propriétés leur permettant de jouer un rôle d'adjuvants pharmacologiques dans le traitement des troubles liés à l'alcool. Concernant le tabac, la situation est différente, plusieurs produits de substitution existent à l'heure actuelle, mis en marché par les compagnies pharmaceutiques: mentionnons la gomme à mâcher à base de nicotine, lancée en Suède dès le début des années 1970, les timbres (*patches*) à la nicotine, les vaporisateurs nasaux et les inhalateurs de vapeurs. Ces produits, chacun à leur façon, libèrent des doses de nicotine dans l'organisme, empêchant le consommateur de ressentir les effets du sevrage. Ils réduisent les méfaits, pour l'usager et l'entourage, puisqu'ils se présentent sous des formes nettement moins nocives que la fumée inhalée et la fumée secondaire; on peut considérer les formes chiquée ou prisée du tabac dans le même ordre d'idées⁵⁷. Les produits de substitution à la nicotine se comparent aisément aux programmes de méthadone destinés aux héroïnomanes. Tous deux conçus comme substitut temporaire dans un processus devant mener à l'abstinence, on les retrouve pourtant utilisés comme moyen d'entretien à long terme ou alors comme intervention brève pour permettre un répit au consommateur.

Deux autres exemples de substitution ont été associés à la réduction des méfaits en matière de drogues licites. D'abord, les provinces de l'Alberta (depuis 1991) et du Manitoba (depuis 1993) se sont attaquées à l'usage d'alcool hautement concentré contenu dans divers produits domestiques (cirage à chaussure, produits cosmétiques) en ouvrant certains points de vente d'alcool plus tôt en journée, là où se trouvent des populations d'alcooliques itinérants en manque. De la même manière, la provision d'alcool peu dispendieux, dans certains états américains, a permis de réduire considérablement les cas d'abus de solvants. D'autre part, une expérience australienne a été tentée pour réduire les méfaits du recours aux stéroïdes illégaux chez les athlètes, notamment la propagation du sida, par la prescription des produits en cabinet médical: en plus de l'avantage du contrôle des effets secondaires, certains font valoir que cette mesure pourrait diminuer le méfait, au

⁵⁷ Les substituts de nicotine ou les autres formes du tabac peuvent causer certains méfaits (problèmes cardiaques, cancers de la bouche) que l'on peut toutefois considérer comme un moindre risque ou un moindre mal, dans les circonstances.

plan communautaire et social, de l'inéquité dans les compétitions sportives [Kinross, 1995a; Nadelman et coll., 1994; Riley, 1996a; Single, 1997].

4.3.3 Consommation contrôlée⁵⁸

Au plan des mesures centrées sur l'individu, les programmes dits d'intervention précoce auprès des buveurs à risque (désignés aussi comme programmes d'entraînement à la consommation contrôlée ou réfléchie d'alcool) sont certainement le champ de pratiques le mieux connu. Deux facteurs, déjà mentionnés, sont à la source de l'émergence et de la popularité de ces programmes: l'éclosion du modèle de l'apprentissage social (ou approche comportementale cognitive) dans le champ de l'alcoolisme, selon lequel ce problème doit être envisagé sur un continuum d'étapes et non dans une perspective du tout ou rien; les conclusions de plusieurs recherches récentes à l'effet que les comportements abusifs ou à risque avec l'alcool sont à l'origine de coûts sociaux importants. Développés principalement en Amérique du Nord, la conception et l'évaluation de tels programmes doivent beaucoup aux chercheurs Linda et Mark Sobell, Harvey Skinner, ainsi qu'à la canadienne Martha Sanchez-Craig: pionnière dans le domaine à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, cette dernière a contribué à la délimitation des diverses formes de l'intervention précoce liée aux problèmes d'alcool. Ainsi peut-on distinguer:

- l'intervention du médecin généraliste auprès des individus présentant des risques à l'intérieur de sa clientèle;
- les programmes dit d'initiative personnelle, autoadministrés;
- les programmes d'éducation ou d'entraînement, supervisés par des professionnels de première ligne;
- le *counseling* clinique pour buveurs présentant plus de difficultés à changer et aux prises avec des problèmes connexes.

Toutes ces démarches sont aujourd'hui soutenues par des programmes concrets. Citons le manuel d'initiative personnelle, conçu par Sanchez-Craig elle-même, *C'est assez! Comment arrêter de boire ou de réduire votre consommation d'alcool* (1994) et les programmes d'éducation albertains, *Drink Wise - Healthy Options for Drinkers* (1991) et *Drinking Decisions* (1993), offrant aux participants un choix entre plusieurs formules. Ces programmes proposent tous, d'une manière ou d'une autre, la démarche suivante: faire le point en mesurant sa consommation réelle d'alcool (auto-observation); prendre conscience des déclencheurs (motivations) et circonstances de sa consommation à la faveur d'une période d'abstinence; fixer un objectif d'abstinence ou de

⁵⁸ Voir la note infrapaginale 16.

modération et les moyens concrets d'y parvenir; déterminer les stratégies de maintien dans le temps de cet objectif. Au Québec, deux programmes de consommation contrôlée coexistent:

* *L'Alcochoix*, directement adapté du programme *Drinking Decisions*, soutenu depuis son lancement, en septembre 1995, par la Fédération des CLSC, le Centre Dollard-Cormier et le RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec) mais destiné à être intégré comme programme courant du réseau de la santé, dans les CLSC. Actuellement implanté dans les CLSC Mercier-Est/Anjou et La Petite Patrie, le programme, d'une durée de six semaines, s'adresse aux adultes consommant en moyenne entre 15 et 35 consommations hebdomadaires et est supervisé par des infirmières communautaires de première ligne. Trois cheminements sont possibles: la formule autonome (évaluation téléphonique initiale par l'infirmière et travail solitaire); la formule assistée (deux rencontres individuelles d'une heure avec une infirmière pour support et suivi); formule de groupe (six rencontres hebdomadaires de 90 minutes avec l'infirmière). Le programme vise un objectif pré-établi de modération, soit 14 consommations hebdomadaires ou moins pour les hommes et pas plus de 4 par jour, 12 consommations hebdomadaires ou moins pour les femmes et pas plus de 3 par jour, le tout en respectant dans tous les cas au moins deux journées d'abstinence par semaine.

* *P-CRA (Programme de consommation réfléchi d'alcool)*, programme privé également lancé en 1995, actuellement soutenu par la Fondation Jean-Guy Roy et l'organisme Éduc'alcool, créé par deux intervenants, Shirley Émond et Pierre Paquin, et s'inspirant des travaux de Sanchez-Craig ainsi que de recherches québécoises en prévention secondaire. Le programme peut être dispensé par n'importe quel intervenant possédant une expérience de relation d'aide, suite à une formation préalable dispensée par les deux créateurs du programme. Il vise à rejoindre jeunes et adultes (16 ans et plus) ayant une consommation hebdomadaire moyenne de moins de 40 consommations et se présente sous la forme de sept rencontres supervisées, la dernière faisant office de suivi, après trois mois. Les principes et le processus sont présentés dans une vidéocassette promotionnelle. Outre le fait de s'adresser également à la clientèle jeune, *P-CRA* présente la différence de ne pas fixer d'objectif préalable de modération, laissant le soin aux clients de le faire en fonction de la façon dont ils choisissent de gérer leurs expériences à un moment ou l'autre de leur existence⁵⁹.

⁵⁹ L'appellation «boire réfléchi» plutôt que «contrôlé» vient de cette différence importante dans le processus et renvoie directement à la conceptualisation faite par Dollard Cormier, dans son livre sur la question (1989). En deux mots, le boire contrôlé, d'inspiration behavioriste, renvoie à la correction d'une mauvaise habitude par réapprentissage en fonction d'une norme nouvelle alors que le boire réfléchi, d'inspiration humaniste existentielle,

Aux États-Unis, le chercheur Alan Mariait et son équipe ont conçu un programme d'intervention précoce (de type behavioral cognitif) visant la réduction de la consommation chez des étudiants de première année d'université; le but était qu'ils deviennent, plus rapidement qu'au terme de leurs quatre années d'études (selon la courbe classique de consommation au sein de cette population étudiante), des buveurs modérés. La démarche intégrait des sessions de *counseling* dirigées par des pairs plus âgés et des séances d'information sur les conséquences négatives liées à la consommation problématique d'alcool.

Les expériences et les acquis issus des programmes visant le contrôle de la consommation d'alcool ouvrent la voie à des modèles équivalents, adaptés aux médicaments psychotropes (benzodiazépines) et aux drogues illicites, ou encore à des catégories de comportements abusifs et à risque comparables, comme le jeu pathologique. Des recherches donnent également des indications à l'effet que des consommateurs de drogues dites dures (héroïne, cocaïne) en arrivent par eux-mêmes, via des stratégies multiples — gestion des réactions sociales, gestion des risques pour la santé, gestion de l'argent — à contrôler leur consommation; elle possède alors la même fonction adaptative et d'intégration que l'alcool ou les médicaments, pour d'autres consommateurs. Dans le domaine du tabac, la pensée même d'une consommation contrôlée ou modérée passe pour une hérésie auprès d'une majorité d'intervenants en santé publique. Pour ces derniers, toute consommation est mauvaise en soi de sorte qu'il faut prôner l'abstention pour ceux qui n'ont pas commencé et l'abstinence comme unique avenue pour les actuels consommateurs, allant en cela à rencontre des principes de réduction des méfaits qu'ils sont pourtant disposés à appliquer à d'autres substances comme les drogues de rue injectables. Des auteurs défendent toutefois la possibilité de concevoir pour le tabac des règles de modération analogues à celles pouvant être appliquées à d'autres psychotropes, reconnaissant du même coup qu'il existe, comme pour tous produits, des bienfaits liés à l'usage:

La dépendance, quoique susceptible de devenir irritante à la longue, comporte toujours pour la personne des éléments positifs... [...]. Pour ce qui est du tabac, certains de ceux-là ont été identifiés, comme l'effet de diminuer la tension, d'accroître l'activité mentale dans la pensée... [...]. La prévention dans ce domaine rejoint donc celle qui prévaut [...] de s'opposer à tout bannissement recherché sous prétexte d'amener les gens à mieux vivre, mais de susciter des attitudes saines concernant l'usage du tabac comme de tout autre substance et de promouvoir la santé en adoptant des comportements responsables de modération dont dépend la qualité de la vie. (Cormier, Brochu et Bergevin, 1991: 30-31)

visé plutôt la capacité d'autodétermination et de responsabilisation de la personne en fonction de l'évaluation des circonstances.

Il faut remonter avant la charge collective contre le tabac pour trouver des écrits de santé publique s'attachant, tel celui du médecin français Pierre Zivy (1965), à «conseiller le fumeur, lui indiquer les techniques qui lui permettront de *limiter les risques* qu'il encourt» (*notre souligné*). Certains moyens concrets sont ainsi suggérés comme la limitation du nombre de cigarettes quotidiennes, la délimitation des périodes quotidiennes de consommation, la brisure des automatismes entre certaines occupations et la consommation, l'adoption de techniques moins dangereuses de consommation (ne pas consommer jusqu'au filtre, utiliser un fume-cigarette, ne pas garder la cigarette aux lèvres, etc.) et le remplacement de la cigarette par la pipe [Bisson, 1997; Caïta, 1996; Cormier, 1989; Cormier, Brochu et Bergevin, 1991; Émond et Paquin, 1995; Levine, 1994; Marlatt et Baer, 1997; *P-CRA*, 1997; Perreault et Marcil-Denault, 1996; Sanchez-Craig, 1994; 1995; Zivy, 1965].

4.3.4 Mesures environnementales

Nombre de pratiques en réduction des méfaits s'inscrivent dans une perspective environnementale dans la mesure où il s'agit de modifications ou d'aménagements physiques des milieux de consommation ou d'interventions publiques (communautaires, politiques) auprès des consommateurs pour minimiser les risques et les conséquences nocives sur l'usager, l'entourage et la société.

1. Mesures physiques. En matière d'alcool, l'aménagement des lieux de consommation vise à les rendre à la fois plus sécuritaires et moins incitatifs: secteurs plus ou moins cloisonnés pour la consommation afin de minimiser l'effet d'entraînement et la pression induite des pairs; mobiliers capitonnés et verres non cassants (en plastique ou matériau renforcé); présence d'appareils ou de kits permettant l'évaluation du degré d'alcoolémie des consommateurs. Hors des lieux de consommation, on peut inclure dans ces mesures l'aménagement des véhicules automobiles susceptible de réduire les conséquences d'intoxications à l'alcool lors d'accidents: les coussins gonflables, même s'ils n'ont pas été spécialement conçus pour cela par les fabricants, et l'implantation de détecteurs d'alcoolémie liés au contrôle du démarrage, dispositif testé de façon systématique au Manitoba et récemment adopté par la Société de l'assurance automobile du Québec⁶⁰. Des kits de poche pour évaluer le degré d'alcoolémie au moyen de la salive sont depuis peu vendus en pharmacie⁶¹.

⁶⁰ L'installation de l'appareil (*Alcoomètre*) et les coûts de location mensuels sont aux frais du conducteur désireux d'obtenir un permis temporaire (pour raisons de travail) dans le cas d'une suspension de permis suite à un constat d'ébriété au volant.

⁶¹ C'est le cas au Québec sous le nom de *Sobrietest*, de la compagnie américaine Jinpar: au coût de 5,50\$, chaque enveloppe contient un test dont le résultat est disponible en deux minutes.

En matière de tabac, les mesures physiques confinent à une guerre de territoires entre usagers et non-usagers. Selon le point de vue, on parlera de la restriction du droit de fumer assortie de l'aménagement de fumoirs, ou alors du développement d'aires pour non-fumeurs à même l'espace occupé par les fumeurs. Si les interdictions de fumer dans les lieux publics constituent une mesure de réduction des conséquences négatives de l'usage du tabac sur l'entourage du consommateur et dans la communauté, pour que l'on puisse parler d'approche de réduction des méfaits, il ne faut pas que ces mesures s'appliquent en accroissant les conséquences négatives pour l'usager: confinement à des lieux de consommation insalubres comme le sont trop souvent les fumoirs désignés, rejet, stigmatisation sociale. On se trouve alors en présence de mesures apparentées au modèle prohibitionniste par leur condamnation de l'usage et les contraintes à l'abstinence exercées sur l'usager. Preuve en est qu'à certains égards, en Amérique du Nord, les fumeurs en sont presque à réclamer des zones de tolérance et des lieux de séjours tolérant la consommation, comme cela existe en Europe pour les toxicomanes.

Finalement, les piluliers ou organisateurs de médicaments qui permettent une répartition des différents produits à prendre, selon l'heure et le jour, peuvent être considérées comme mesure physique de réduction des méfaits, spécialement chez les personnes qui éprouvent des difficultés à suivre les posologies combinées de plusieurs médicaments⁶².

2. Mesures communautaires. La politique des établissements de consommation d'alcool comprend plusieurs dispositions permettant de limiter les conséquences d'un usage abusif, la plupart pouvant être mises en application par le personnel, préalablement formé à cet effet. En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie a développé le programme SIP (*Server Intervention Program*), approuvé par la Commission des permis d'alcool de la province qui a elle-même mis sur pied un atelier de sensibilisation pour les nouveaux détenteurs de permis; la Commission songe maintenant à implanter une formation obligatoire pour le personnel d'établissements licenciés, comme cela existe en Colombie-Britannique.

Au Québec, à la suite d'une première expérience tentée dans l'Ouest de l'Île de Montréal et après une phase préparatoire de mobilisation et de production, la Ligue de sécurité du Québec lance, en février 1995, un projet d'implantation provincial en trois phases du programme de formation des serveurs: *Action Serveurs*; en mars 1997, un premier bilan nous apprend que la formation a été suivie dans trois régions du Québec (Bas St-Laurent, Montréal, Montérégie). Vingt-quatre animateurs ont été formés pour dispenser l'atelier d'une durée de trois heures, offert à un groupe de 15 personnes et comportant quatre volets: effets de l'alcool et reconnaissance des

⁶² On trouve, entre autres, en pharmacie au Québec: *Maxi Dosett*, de PharmaSystems (20,00\$) et *Pilulier pour médicaments*, de Mansfield (10,00\$).

symptômes; l'alcool et la conduite automobile; les responsabilités légales des établissements licenciés; les stratégies d'intervention auprès de clients à risque. Au terme de cette formation, les participants doivent être sensibilisés à l'importance du problème et disposés à mettre en oeuvre de nouvelles stratégies, incluant des actions précises auprès de clients en état d'ébriété: appeler un taxi, convaincre de ne pas conduire, retarder le départ, offrir des boissons sans alcool, refuser de servir de l'alcool, aviser le patron, servir de la nourriture, enlever les clés, faire passer un alcotest, appeler la police. Soucieuse d'accroître ses efforts de promotion du programme et d'implication de partenaires, tant au plan local que provincial, la Ligue de sécurité du Québec poursuit également un travail de *lobbying* auprès de la Régie des alcools, des courses et des jeux afin de rendre obligatoire une formation de ce type pour les détenteurs de nouveaux permis.

Aux actions pouvant être assurées par le personnel, s'ajoutent des mesures de réduction des méfaits tombant sous la responsabilité des propriétaires ou gérants d'établissements: politique de faibles prix pour les boissons non alcoolisées, absence de promotion particulière des produits alcoolisés (genre «Heures Joyeuses»), possibilités de manger sur place, gestion de l'entrée pour filtrer les mineurs aussi bien que les clients déjà éméchés, installation d'alcotests et ententes pour offrir rapidement un service de raccompagnement, au besoin. Ces mesures d'intervention et d'aménagement impliquant le personnel et les responsables s'avèrent particulièrement pertinentes dans le contexte d'événements étudiants où l'intoxication collective est souvent de mise; en Ontario, certaines universités et municipalités obligent les responsables de tels événements à suivre le programme pour serveurs et même, à l'Université Queen's, à Kingston, une formation en administration de premiers soins⁶³.

Les services de raccompagnement sont une autre mesure communautaire d'importance, sans doute celle dont les caractéristiques se rapprochent le plus des principes de l'approche de réduction des méfaits: les gens ne sont ni encouragés ni condamnés s'ils ont bu, l'essentiel est qu'ils ne conduisent pas dans cet état, de sorte qu'on s'assure qu'un chauffeur à jeun les reconduise à bon port. L'ancêtre et le modèle des services de raccompagnement est *Opération Nez rouge*, un des fleurons dans le domaine des programmes préventifs à caractère communautaire et à portée sociale, dont le Québec peut s'enorgueillir. Mis en place, en décembre 1984, par Jean-Marie De Koninck dans la ville de Québec, le modeste service ayant effectué 463 raccompagnements avec l'aide de 200 bénévoles cette année-là, est devenu, 13 ans plus tard, un programme de prévention de la

⁶³ Les mesures de réduction des méfaits lors de fêtes étudiantes entrent en compétition avec les politiques agressives de pénétration des marchés étudiants par les brasseries, au Québec. Ces dernières visent la signature de protocoles d'exclusivité à long terme, avec les associations étudiantes, en retour d'un don de plusieurs centaines de caisses de produits par année, destinées à financer les activités étudiantes, ce qui est une incitation directe à «faire consommer» et à pratiquer les promotions. (*Copie de lettre obtenue, présentant le projet de commandite entre la brasserie Maison O'Keefe et l'Association générale des étudiants d'un cégep, en date de mai 1997*)

conduite avec facultés affaiblies unique au monde: en décembre 1996, quelque 43 000 bénévoles effectuaient 81 228 raccompagnements dans 62 territoires au Québec (couvrant 860 municipalités et un bassin de plus de 6,5 millions de personnes); à cette date, le programme était aussi offert dans 16 villes canadiennes participantes (*Operation Red Nose*) et, en Europe, dans 25 régions de la Suisse de même qu'à Strasbourg, en France. En tout, depuis sa fondation, les bénévoles impliqués dans le programme auront raccompagné 469 989 automobilistes québécois et 15 171 dans le reste du Canada. Les caractéristiques suivantes rendent compte de la philosophie, du fonctionnement et des retombées du programme:

* *Opération Nez rouge* est d'abord un service de chauffeur privé, offert gratuitement durant la période des Fêtes (6 au 31 décembre) à quiconque a trop bu ou ne se sent pas capable de conduire son automobile, le tout dans l'assurance de la plus grande confidentialité. Le client, qui peut faire appel plus d'une fois au service dans la même soirée, est reconduit dans sa propre voiture par un chauffeur et un partenaire, alors qu'un troisième bénévole fait office d'escorte motorisée et ramène ses deux coéquipiers;

* *Opération Nez rouge* fonctionne essentiellement grâce à une prise en charge du milieu, à travers le support et la solidarité de multiples partenaires: la Société de l'assurance automobile du Québec et les Assurances générales des caisses Desjardins, principaux commanditaires provinciaux depuis les débuts, mais aussi de multiples commandites locales, les services de police et le support des médias. Au Canada, l'expansion a été assurée par l'appui de Santé Canada, en 1994, et se poursuit en 1997 en collaboration avec une fondation canadienne. De plus, l'expansion du programme se fait via des organismes sans but lucratif oeuvrant auprès des jeunes, qui doivent s'engager à respecter les normes en vigueur: collaboration assurée d'un corps policier, d'une firme comptable, d'un poste de radio et de bénévoles en quantité suffisante, expérience d'organisation communautaire, etc. En retour, *Opération Nez rouge* fournit son expertise, une police d'assurance, du matériel promotionnel;

* *Opération Nez rouge* est devenu un mouvement de société à plus d'un titre, d'abord par l'apport des bénévoles et l'esprit de famille qui caractérise leur implication: pour plusieurs, c'est devenu une activité sociale du temps des Fêtes, un bon moyen de se rendre utile pendant ses vacances, voire une façon pour les gens seuls de trouver de la compagnie (il y a même des listes d'attentes dans certaines régions!); d'autre part, la campagne de sensibilisation annuelle de l'organisme, faite sous le signe de l'humour, devient un événement qui renforce la sympathie et l'adhésion de la population à l'endroit de la philosophie préventive: cela, au total, accroît le phénomène de désapprobation sociale

autour de la conduite avec facultés affaiblies et favorise l'éclosion de nouvelles initiatives comme les chauffeurs désignés et le recours au transport en commun ou au taxi. Finalement, les dons spontanés des clients qui ont bénéficié du programme (près de 850 000 \$, depuis 1984) sont retournés à la société via le financement d'organismes oeuvrant auprès des jeunes (Scouts et Guides, clubs sportifs, services de loisirs, etc.)-

3. Mesures politiques. L'ensemble des mesures environnementales qui précèdent peuvent être initiées ou renforcées par un ensemble de composantes propres aux politiques publiques en matière d'alcool ou de tabac: réglementations sur la composition des produits, taxation à la hausse des produits alcoolisés et du tabac ou à la baisse des produits peu alcoolisés ou sans alcool, application stricte des contrôles sur les heures d'ouverture (alcool), les lieux de consommation et l'âge d'accès (alcool et tabac), resserrement des critères quant à l'octroi de permis, permanents ou temporaires, de vente d'alcool, renforcement de l'application des lois sur la conduite avec facultés affaiblies ou concernant les délits violents liés à la consommation d'alcool. Il va sans dire que ces mesures sont plus délicates en ce qu'elles peuvent facilement générer des effets pervers et une maximisation des méfaits plutôt que l'inverse, en allant souvent à rencontre du principe d'humanisme, central en réduction des méfaits. Par exemple, une répression systématique des conducteurs délinquants peut faire chuter le taux d'accidents de la route mais également enrayer un mouvement de fond vers des comportements socialement plus responsables en matière d'alcool au volant, en suscitant un ressentiment populaire et une augmentation des défis à la loi (conduite sans permis). Une augmentation trop radicale des prix, pour efficace qu'elle soit dans un premier temps, peut rapidement générer des méfaits tels l'instauration d'un marché noir et d'une criminalité liés à l'approvisionnement avec, au bout du compte, un recrutement systématique des consommateurs. L'accroissement rapide des taxes sur le tabac dans la plupart des provinces canadiennes, à partir du milieu des années 1980, constitue un exemple probant de mesures politiques qui se sont avérées contre-productives, particulièrement au Québec. En somme, une analyse éclairée des coûts et bénéfices, relatifs à l'usage aussi bien qu'au contrôle public de cet usage, devrait toujours être préalable à l'instauration de mesures politiques se réclamant de la réduction des méfaits, en gardant à l'esprit que la perspective fondamentale de l'approche implique une tolérance de l'usage et le respect de la capacité, de même que des conditions de changement, des usagers [*Action Nouvelles*, 1995; Beauchesne, 1997c; Biais et Tremblay, 1993; Cormier, Brochu et Bergevin, 1991; Kinross, 1997; Ligue de sécurité du Québec, 1996; 1997; *Opération Nez rouge*, 1997; Plant, 1997; Riley, 1996b; Single, 1997; Torjman, 1986].

4.4 Conclusion

Avant d'être philosophie ou modèle d'intervention, la réduction des méfaits s'est constituée sur le terrain, à travers une foule de pratiques que l'on est à même de mieux répertorier et regrouper à l'heure actuelle. Malgré l'effort de revue systématique qui précède, nous sommes conscient d'oubli, de zones encore floues ou non répertoriées qui méritent d'être associées à la réduction des méfaits. Mentionnons les trois domaines suivants:

*** Les ressources d'accueil et de prise en charge des toxicomanes:** en dehors des sites d'accès aux seringues et des zones de tolérance, les usagers de drogues illicites ont besoin de services et de soins divers, adaptés à leurs besoins. La panoplie de ces ressources, dont nous mentionnons l'existence au cours des années 1970, est aujourd'hui à réinventer. Cet aspect de la réduction des méfaits ne semble pas encore clairement faire partie intégrante de l'approche, probablement parce qu'il touche à l'intervention de première ligne et à la dimension du traitement. Au Québec, il manque de centres de crise, de centres de jour, de centres de dépannage, de refuges pour toxicomanes ou encore de ressources de traitement ambulatoires tolérant la consommation et acceptant de travailler pour et avec les usagers. Cela dit, une des ressources pionnières animée d'une philosophie de réduction des méfaits est le service de désintoxication de l'hôpital Saint-Luc qui, dès le début des années 1990, a inscrit dans son programme et appliqué de tels principes; aujourd'hui, avec la clinique externe de méthadone (voir **sous-section 4.2.2**), cette ressource est une des plus complètes et accessibles pour les toxicomanes de la rue, dispensant accueil et référence rapides, bilan médical (incluant les tests d'hépatite), accès aux soins de santé et suivi intégré pour les cas de double problématique toxicomanie et sida. D'autre part, la plus importante ressource de réadaptation publique au Québec, le Centre Dollard-Cormier, a récemment mis de l'avant le principe de la réduction des méfaits au plan clinique (Boilard, 1995; Landry, 1995), principe qui devrait, au cours des mois et années à venir, s'incarner dans une variété de services aux toxicomanes (support psychologique, désintoxication, dépannage, réorganisation sociale, places en familles d'accueil); mentionnons, dans l'immédiat, l'ouverture d'un service d'urgence de nuit, dans l'ancien hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, près du centre-ville de Montréal, où on accueille les toxicomanes en crise, avec possibilités de référence médicale, si nécessaire, ou en traitement, si désiré. À cela s'ajoutent certains programmes de toxicomanie, en CLSC (Saint-Louis-du-Parc, des Faubourgs, Parc Extension), dispensant de l'intervention précoce et de première ligne, de même que des cliniques externes oeuvrant dans le domaine du sida, (l'Actuel, le Quartier Latin), qui possèdent une expérience d'accueil et de prise en charge sanitaire des toxicomanes, qu'ils

soient ou non atteints. Finalement, plusieurs ressources de «dépannage»⁶⁴, sans être spécifiques à la toxicomanie, rendent un service considérable en accueillant les plus démunis, au nombre desquels les jeunes et moins jeunes aux prises avec un problème d'alcool ou de drogues sont légion. Il existe par ailleurs un service de ligne téléphonique d'urgence, *Drogue: aide et référence*, disponible jour et nuit, en français et en anglais, à l'ensemble du Québec, pour les personnes éprouvant des problèmes de drogues, d'alcool ou de médicaments et dispensé par le Centre de référence du Grand Montréal (Brisson et coll., 1996)⁶⁵.

*** Les pratiques de communication et d'action publiques:** aux côtés des pratiques d'information et d'éducation déjà décrites, il faut noter de multiples initiatives de sensibilisation qui témoignent de l'importance d'avoir un impact sur l'opinion publique si l'on veut que les mentalités et la culture politique évoluent vers l'acceptation des principes de la réduction des méfaits. Ces actions peuvent prendre la forme de campagnes d'opinion, d'articles dans les médias ou de *lobbying*, notamment sur la question de l'application des lois existantes⁶⁶. Répandues en Europe, aux États-Unis et, jusqu'à un certain point, au Canada anglais, de telles initiatives tardent à prendre forme au Québec.

*** L'information et l'éducation sur les drogues légales:** existantes bien avant l'avènement de la réduction des méfaits, l'information et l'éducation sur les drogues légales sont appelées à se redéfinir plus clairement dans cette perspective. Mentionnons la tendance récente à présenter les effets de l'alcool dans une visée de réduction des risques et d'usage sécuritaire, intégrant les bienfaits du produit, tendance qui s'apparente aux tentatives de redéfinition des programmes généraux d'éducation à la drogue, mentionnées à la **sous-section 4.2.5** (voir à cet effet: Fournier et Nadeau, 1997; Magner, 1997).

Concernant la réduction des méfaits liés à l'usage des drogues illicites, les pratiques européennes s'inscrivent généralement dans des modèles de développement mieux intégrés, fondés sur la convergence de mesures multiples (échange de seringues, zones de tolérance, drogues de substitution, ressources à bas seuil, etc.) alors qu'au Canada et au Québec, le travail de réduction des méfaits est davantage morcelé et sans doute encore trop tributaire d'une mesure comme la provision de seringues neuves.

⁶⁴ Mentionnons, toujours au centre-ville de Montréal, le Bunker, le Refuge des jeunes Saint-Denis, la Roulotte de Pop's (le père Emmett Jones), la Old Brewery Mission, la Maison du Père.

⁶⁵ Le numéro provincial sans frais est le (1-800) 265-2626.

⁶⁶ Mentionnons la *Drug Policy Foundation*, aux États-Unis, et la *Canadian Foundation for Drug Policy*, au Canada.

Concernant la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues licites, il faut noter la difficulté d'y intégrer le tabac qui fait l'objet d'attitudes et de mesures contradictoires. D'autre part, la question des méfaits liés à l'usage des médicaments ne semble pas encore faire «officiellement» partie des pratiques répertoriées, même si nous en avons souligné quelques-unes. En revanche, le monde pharmaceutique apparaît un des grands bénéficiaires du déploiement des pratiques de réduction des méfaits dans nos sociétés, à travers la demande croissante en fourniture de seringues et en produits de substitution (tant pour les drogues illicites que pour l'alcool et le tabac). Cela repose la question de la place de l'intervention et des technologies médicales dans l'approche de réduction des méfaits. Nous tenterons, en dernier chapitre, une synthèse quant à la part des acquis et des interrogations à dégager sur le sujet qui nous occupe.

Chapitre 5

Synthèse

La viabilité d'un nouveau paradigme est liée à la capacité qu'il a de se définir par rapport aux courants d'idées et de pratiques existants, et à la capacité de générer des actions qui soient mesurables et généralisables. Cette double validation assure à une nouvelle façon de voir et de faire une crédibilité et un pouvoir d'influence dans la société. En conclusion du présent «panorama», nous tenterons d'établir les contours actuels de l'approche de réduction des méfaits à travers les zones de clarté et les zones d'ombre qui la caractérisent: les acquis, ou ce sur quoi il nous semble possible de dégager un consensus; les questions, ou ce qui nous apparaît encore matière à réflexions et à débats pour les années à venir.

5.1 Les acquis de l'approche de réduction des méfaits

Concernant les **sources de l'approche**, les acquis suivants s'imposent:

1. La réduction des méfaits n'est pas tant une nouvelle théorie ou un champ de pratiques inédites qu'une intégration de concepts et d'expériences développés au cours du siècle (et même avant) dans le domaine de l'usage et de l'abus des drogues. Ce qui est nouveau, c'est l'actualisation de ces concepts et de ces expériences sous un seul chapeau, à l'intérieur d'une même approche: la réduction des méfaits.
2. La réduction des méfaits telle qu'elle se pratique aujourd'hui est directement redevable à la tradition prescriptive britannique et au modèle de l'entretien à la méthadone (pôle médical); à la mobilisation et aux innovations des intervenants et groupes d'usagers en regard des soins et services dispensés aux toxicomanes (pôle communautaire); à l'avancement des connaissances concernant la dépendance à l'alcool et son traitement (pôle scientifique et thérapeutique).

Concernant la **situation de l'approche**, les acquis suivants s'imposent:

1. L'irruption du sida dans le champ de la toxicomanie a été l'événement déclencheur du processus d'actualisation et d'intégration des sources précédentes, à partir des années 1980. L'enjeu central de prévention des maladies infectueuses aura placé les intervenants en santé publique à l'avant-scène, auprès des travailleurs communautaires et des usagers eux-mêmes.

2. La réduction des méfaits s'est d'abord et surtout développée dans les pays d'Europe de l'Ouest. Elle a acquis une stature de «modèle» au cours de la décennie 1980, à travers l'influence déterminante des expériences néerlandaise et anglaise. De là, l'approche a connu une expansion rapide, visible par l'élargissement du champ d'action (réduction des méfaits mais aussi des risques concernant les drogues illicites mais aussi légales), du bassin des intervenants impliqués (de la santé publique et du communautaire, mais aussi de la toxicomanie, des milieux universitaire et politique, de la sécurité publique, etc.) et des territoires d'implantation (Australie, Amérique du Nord et du Sud, Asie, Europe de l'Est).

3. La réduction des méfaits, par ses sources proches de la santé publique et de l'action sociale, met de l'avant les principes du pragmatisme et de l'humanisme face aux problèmes posés par l'usage de drogues. Cela dégage les caractéristiques centrales suivantes:

- reconnaître la réalité de l'usage des drogues;
- s'attaquer aux méfaits plutôt qu'à l'usage;
- procéder par hiérarchie d'objectifs;
- aller à la rencontre des usagers dans le besoin;
- offrir des approches et des services variés, souples et accessibles;
- respecter les droits des usagers et les associer à la démarche en favorisant l'autogestion.

D'autre part, le spectre d'intervention couvert par l'approche de réduction des méfaits, à partir de l'intégration des notions de risques et de méfaits, est très large, englobant pratiquement l'ensemble du continuum des actions en toxicomanie.

Concernant les **pratiques de l'approche**, les acquis suivants s'imposent:

1. La réduction des méfaits se déploie dans deux secteurs principaux et distinctifs de pratiques, celui de l'usage des drogues illicites et celui de l'usage des drogues licites. Les catégories de pratiques sont à peu près toujours présentées de façon descriptive plutôt qu'analytique, la pratique qui caractérise par excellence l'approche, parce qu'étroitement associée à son émergence, étant l'échange de seringues.

2. Les pratiques sont davantage développées et intégrées en Europe qu'en Amérique du Nord, sauf pour ce qui touche les interventions en matière d'alcool (consommation contrôlée, mesures environnementales). Toutes les pratiques s'actualisent, d'une manière ou d'une autre, au Québec, parfois de façon innovatrice (*Opération Nez Rouge*), souvent de façon ardue en raison du cadre législatif répressif.

5.2 Les questions soulevées par l'approche de réduction des méfaits

Concernant les **sources de l'approche**, les questions suivantes se posent:

1. Attendu que ce siècle est caractérisé par l'instauration et la consolidation du paradigme prohibitionniste à l'échelle de la planète, comment les artisans de l'approche de réduction des méfaits se situent-ils par rapport à cette question ? Peuvent-ils prétendre à la «neutralité scientifique» et éviter le débat? Quelle est la place de l'antiprohibitionnisme dans le mouvement actuel et à venir?
2. La prescription médicale de drogues et le traitement à la méthadone sont des jalons historiques importants, aujourd'hui parties intégrantes de l'approche de réduction des méfaits. Cela implique-t-il un «retour» de l'intervention médicale en toxicomanie? Y-a-t-il un danger de remplacer la pénalisation des usagers par la médicalisation de ces derniers?
3. Quelles leçons historiques l'approche de réduction des méfaits peut-elle tirer de la victoire de l'antiprohibitionnisme en matière d'alcool? La réduction des méfaits n'hérite-t-elle pas de la mission, non seulement de favoriser le moindre mal en rapport à l'usage des drogues, mais plus globalement, de réinstaurer les savoirs et les savoir-faire nécessaires à ce que l'on puisse, à nouveau, *vivre avec les psychotropes*⁶¹ ?

Concernant la **situation de l'approche**, les questions suivantes se posent:

1. Est-ce que l'approche de réduction des méfaits est aujourd'hui suffisamment légitime et cohérente au plan de ses fondements et de ses actions pour survivre à une éventuelle disparition du problème sociosanitaire qui l'a mise au monde: le sida?
2. Dans l'application pragmatique d'une logique coûts/bénéfices, pratiquer la réduction des méfaits (conséquences négatives) liés à l'usage des drogues implique-t-il d'en présenter aussi les bienfaits (conséquences positives)? Faut-il alors, dans chaque cas, établir la balance des bienfaits et des méfaits? À partir de quels critères peut-on établir et mesurer un bienfait? Ces critères peuvent-ils indifféremment s'appliquer aux drogues licites et illicites? La dépendance est-elle un méfait? Le plaisir est-il un bienfait?
3. La réduction des méfaits est d'abord une approche de prévention secondaire. Est-il pertinent d'élargir l'approche à la prévention primaire, à travers des stratégies comme l'éducation générale sur les drogues dispensée aux jeunes? De la même manière, est-il

⁶¹ En référence au livre de Nadeau (1990): *Vivre avec l'alcool*.

pertinent d'élargir l'approche à la prévention tertiaire, à tout processus de réadaptation où l'abstinence n'est plus le seul critère du succès?

Concernant les **pratiques de l'approche**, les questions suivantes se posent:

1. La réduction des méfaits intègre officiellement des pratiques d'intervention concernant les drogues illicites et les drogues licites. N'y-a-t-il pas fondamentalement une différence entre les deux univers — et donc les pratiques qu'on y retrouve — en raison de la question centrale des législations antidrogue?
2. Ne devrions-nous pas clairement, au plan des pratiques, distinguer entre les ordres de méfaits à réduire, soit ceux attribuables aux effets des drogues et ceux attribuables aux effets des contrôles sur les drogues? (voir à cet effet: Hulsman et Ransbeek, 1983; Kalant, 1994)
3. La réduction des méfaits fait grand cas et donne une grande place à la prise de contact et à l'intervention à partir du milieu naturel des usagers (*outreach*). L'approche participe-t-elle ainsi aux grands «virages milieu» amorcés ces dernières années dans plusieurs secteurs de la société (santé, éducation spécialisée, psychiatrie), qui passent par une réallocation du financement public de l'intervention institutionnelle vers l'intervention précoce et de première ligne, dans la communauté?
4. La réduction des méfaits est un champ de pratiques liées à la question de l'usage et de l'abus des drogues, donc à la toxicomanie⁶⁸. Est-ce une approche qui peut s'appliquer, dans le même esprit et avec les mêmes caractéristiques, à d'autres domaines d'intervention? À n'importe quel domaine d'intervention? La réduction des méfaits, en tant qu'approche de tolérance, ne s'applique-t-elle pas qu'aux comportements n'ayant, en soi, aucun dessein de nuire à autrui (usage de drogues, pratiques sexuelles, alimentation, jeu)?

Par-delà les acquis et les interrogations, des tâches attendent les artisans et les partisans de la réduction des méfaits au cours des prochaines années. D'abord, atteindre un consensus minimal sur la définition de l'approche qui, comme nous l'avons montré en introduction, est à volets

⁶⁸ On associe souvent la réduction des méfaits à la problématique du sida: c'est juste dans la mesure où le virus, en tant que méfait majeur, a forcé l'apparition d'une approche nouvelle en toxicomanie. Si on appliquait la réduction des méfaits au contexte du sida et des pratiques sexuelles, on ferait référence à des mesures distinctes, bien qu'apparentées, comme l'éducation au sexe sécuritaire, la distribution de condoms, l'hébergement pour sidéens, etc. L'échange de seringues est, en ce sens, une mesure partagée par l'une et l'autre problématiques.

multiples, en résonance avec la philosophie des acteurs en présence. Ce travail, déjà amorcé, devra se poursuivre, alimenté par l'apport des intervenants du terrain et des usagers autant que par celui des professionnels et des chercheurs. Une autre tâche importante est de délimiter un champ d'action cohérent, en établissant les distinctions qui s'imposent entre l'univers des drogues légales et illégales de même qu'entre le champ d'intervention des toxicomanies et les autres domaines où l'approche semble pouvoir s'appliquer. Finalement, la réduction des méfaits doit s'articuler sur un cadre méthodologique permettant de mieux situer et analyser les actions et, surtout, d'en mesurer les impacts et l'efficacité partant d'indicateurs comparables d'une catégorie de pratiques à l'autre.

Au Québec, chercheurs et praticiens en toxicomanie doivent s'impliquer davantage qu'ils ne l'ont fait jusqu'à maintenant dans la définition et l'élaboration de l'approche, en collaboration avec les gens de la santé publique et du communautaire, déjà actifs dans le domaine. À cette condition seulement pourrons-nous atteindre le seuil critique de crédibilité qui forcera les responsables politiques à s'engager, notamment sur l'épineuse question des rapports conflictuels entre santé et sécurité publiques. Ce serait certes là un *moindre mal* dans le climat prohibitif qui domine encore l'Amérique du Nord.

Références

ACTION NOUVELLES (1995). Vol. VI (1).

ANTIL, T. et NOËL, L. (1997). Résultats d'un projet d'évaluation des programmes québécois d'échange de seringues. Présentation dans le cadre du Congrès de l'ACFAS. Colloque intersectoriel sur la prévention des MTS et du sida: recherche et intervention auprès des jeunes en difficulté et des utilisateurs de drogues par injection. Trois-Rivières, 14 mai. Diapos de la présentation.

ANTIL, T., NOËL, L., CHAMPAGNE, M., CLOUTIER, R. et TÉTREAU, H. (1996). Un réseau de partage d'expertise en évaluation: le cas des programmes d'échanges de seringues. Document de travail.

ARSENAULT. (1996). Sevrage médical d'opiacés assisté par méthadone. *Compte rendu. Onzième rencontre provinciale des intervenants (es) des projets de prévention de la transmission du VIH chez les UDI*, octobre: (annexe 4).

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC (1995). L'association des intervenants en toxicomanie du Québec Inc. donne son appui aux stratégies de réduction des méfaits en matière de drogues qui s'inscrivent dans une politique globale de promotion de la santé. Proposition soumise et adoptée par l'Assemblée générale, 31 mai.

AUSTRALIAN PARLIAMENTARY GROUP FOR DRUG LAW REFORM and AUSTRALIAN DRUG LAW REFORM FOUNDATION (1997). *Drug Lore, The Questioning of Our Current Drug Law*. Canberra: Auteurs.

BACHMAN, C. et COPPEL, A. (1989). *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui*. Paris: Albin Michel, Coll. Points Actuels.

BEAUCHESNE, L. (1997a). Un sujet d'actualité: la loi C-8. *L'Écho-toxico*, 8 (1): 7-10.

BEAUCHESNE, L. (1997b). La politique de tolérance néerlandaise: 20 ans plus tard. *L'Écho-toxico*, 8 (2): 7-8.

BEAUCHESNE, L. (1997c). La réduction des méfaits en matière de tabagisme - l'évolution des débats au Québec. Conférence présentée à la 8ième conférence internationale sur la réduction

BEAUCHESNE, L. (1996). Politique canadienne en matière de drogues. Son cadre: la promotion de la santé. Ses stratégies: la réduction des méfaits. Mémoire préparé pour le Comité permanent de la santé. Chambre des Communes, Ottawa.

BEAUCHESNE, L. (1991). *La légalisation des drogues... pour mieux en prévenir les abus*. Montréal: Éditions du Méridien.

BENNETT, A.M. (1994). Une perspective britannique. *Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues. Actes*. Edmonton, Alb., CCLAT: 76-79.

BERRIDGE, V. (1993). Harm Minimisation and Public Health: An Historical Perspective. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelman et P. O'Hare (Eds): *Psychoactive Drugs and Harm Reduction, From Faith to Science* (p. 55-64). London: Whurr Publishers.

- BERRIDGE, V. et EDWARDS, G. (1981). *Opium and the People. Opiate Use in Nineteenth-Century England*. London et New-York: Alien Lane/St-Martin's Press.
- BERTRAND, M.-A. (1988). Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (139-154). Boucherville: Gaétan Morin.
- BIBEAU, G. et PERREAULT, M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal: Boréal.
- BISSON, J. (1997). *L'impact prévu de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs québécois sur les prévalence de problèmes liés à l'alcool*. Synthèse. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- BLAIS, C. et TREMBLAY, M. (1993). Étude évaluative du séminaire de formation «Vers un service responsable de boissons alcoolisées». Résumé.
- BLANCHET, L., LAURENDEAU, M.-C, PAUL, D. et SAUCIER, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale*. Boucherville: Gaétan Morin.
- BOILARD, J. (1995). Le modèle de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation. *L'Écho-toxico*, 6 (2): 4-5.
- BRECHER, E.M. (1972). *Licit and Illicit Drugs*. Consumers Union Report. Mount Vernon (N.Y.): Consumers Union.
- BRISSON, P. (1995). La réduction des méfaits: considérations historiques et critiques. *L'Écho-toxico*, 6 (2): 2-4.
- BRISSON, P. (1996). Prévenir le mal de vivre à l'orée de l'An 2000: réduction des méfaits et promotion de la santé collective. *L'Intervenant*, 12 (3): 13.
- BRISSON, P., LAFORTUNE, M. et PAQUIN, P. (1996). *Répertoire des outils de prévention des toxicomanies (imprimés et multimédias)*. Québec: MSSS.
- BRUNEAU, J. et COTÉ, P. (1995). Les utilisateurs de drogues injectables. In C. Olivier et R. Thomas (dir.): *Le SIDA: un nouveau défi médical* (chapitre 26: 1-33). Montréal, Association des médecins de langue française du Canada.
- BUREAU DE CONSULTATION JEUNESSE INC. et COMMISSION DES ÉCOLES CATHOLIQUES DE MONTRÉAL (1980). *Les drogues: des choix à faire*. Auteurs.
- CADOTTE, D. (1996). À propos de la méthadone. *Murmure*, 11 (9): 7-8.
- CAITA, M. (1996). La consommation contrôlée de drogues dures. *Psychotropes — R.I. T.*, 2 (2): 7-24
- CARDINAL, N. (1988). Dimensions historique et culturelle de l'usage des psychotropes. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (21-44). Boucherville: Gaétan Morin.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES et ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1997). *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection: Un plan d'action national*. Ottawa: Auteur

- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1996). *Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper*, CCSA National Working Group on Policy.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1994). *Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues. Actes*. Edmonton, Alb.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (1990). *Rapport annuel 1989/90*. Ottawa: Auteur.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1996). *Programme de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec*. Québec: MSSS.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH. Cadre de référence pour la prévention*. Québec: Gouvernement du Québec: MSSS.
- CHAR, A. (1997). Quand le crime paie. *Le Devoir*, 23 septembre: A-1.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1996). *La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action*. Montréal: Auteur.
- CORMIER, D., BROCHU, S. et BERGEVIN, J.-P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Montréal: Le Méridien.
- CORMIER, D. (1989). *Alcoolisme. Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal: Éditions du Méridien.
- CORMIER, D. (1984). *Toxicomanies: style de vie*. Boucherville: Gaétan Morin.
- CRIPS ILE-DE-FRANCE, TOXIBASE (1997). *Bibliographie Réduction des risques*.
- DE JONG, W. (1983). Pour une véritable assistance aux consommateurs. *Déviance et Société*, 7 (3): 281-286.
- DESCHENES, S. (1996). La réduction des méfaits dans un contexte d'hébergement communautaire de personnes toxicomanes vivant avec le VIH/sida. *Compte rendu. Onzième rencontre provinciale des intervenants (es) des projets de prévention de la transmission du VIH chez les UDI*, octobre: 1-4 (annexe 2).
- DESJARDINS, G. et MORISSETTE, C. (1997). Prévenir, intégrer et construire avec les toxicomanes une nouvelle tolérance sociale. Présentation dans le cadre du Congrès de l'ACFAS. Colloque intersectoriel sur la prévention des MTS et du sida: recherche et intervention auprès des jeunes en difficulté et des utilisateurs de drogues par injection. Trois-Rivières, 14 mai.
- DESJARDINS, G. (1995). Le travail de rue et l'intervention en piquerie. *Compte rendu. Huitième rencontre provinciale des intervenants (es) des projets de prévention de la transmission du VIH chez les UDI*. Centre québécois de coordination sur le sida, juin: 1-9 (annexe 3).

- 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.
- DRUCKER, E. (1997). Foreword. In P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (IX-X). Toronto: University of Toronto Press.
- DUBEY, A. (1996). Torontois pour les «raves» plus sûrs. *Le Journal*, 25 (1): 7.
- DUBUC, J-G. (1994). Éduc'Alcool: une philosophie du libre choix et de la responsabilisation en matière d'alcool. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (323-345). Boucherville: Gaétan Morin.
- ÉMOND, S. et PAQUIN, P. (1995). Programme d'entraînement à la consommation réfléchie d'alcool. Fondation Jean-Guy Roy.
- ERICKSON, P.G., RILEY, D.M., CHEUNG, Y.W., O'HARE, P.A. (1997). *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. Toronto: University of Toronto Press.
- FISHER, B. (1997). The Battle for a New Canadian Drug Law: A Legal Basis for Harm Reduction or a New Rhetoric for Prohibition? A Chronology. In P.O. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (47-68). Toronto: University of Toronto Press.
- FOURNIER, H. et NADEAU, L. (1997). *Alcool et santé. Version abrégée*. Montréal: Éduc'alcool.
- GEFFEN, P.O., ENDICOTT, S. et LAMBERT, S. (1991). *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa: CCSA.
- GERVASONI, J.-P. (1997). Approche pragmatique, globale et novatrice de la prévention du VIH/sida auprès des consommateurs de drogues dans le(s) cadre(s) socioculturel(s) changeant(s) de la Suisse. Présentation dans le cadre du Congrès de l'ACFAS. Colloque intersectoriel sur la prévention des MTS et du sida: recherche et intervention auprès des jeunes en difficulté et des utilisateurs de drogues par injection. Trois-Rivières, 14 mai.
- GERVASONI, J.-P., DUBOIS-ARBER, F., BENNINGHOFF, F., SPENCER, B., DEVOS, T. et PACCAUD, F. (1996). *Évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Version abrégée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- GLORIE, J. (1984). L'internationalisation des lois en matière de stupéfiants. *Psychotropes*, 1 (3): 65-74.
- GOSSOP, M. (1997). Le système britannique: répondre à l'addiction à l'héroïne. *Psychotropes R.I.T.*, 3(1): 103-118.
- GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA POLITIQUE DU CCLAT (1997). Comprendre la réduction des méfaits. *Le Journal*, 26 (4): 8.
- HANKINS, C. (1997). Promoting Harm Reduction Ideas in the International Community. Texte de la présentation à la 8ième conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.

- HARM REDUCTION COALITION (1993). Harm Reduction Coalition Founding Document. New-York.
- HEATHER, N., WODACK, E., NADELMAN, E., O'HARE, P. (1993) *Psychoactive Drugs and Harm Reduction, From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.
- HENDLEY, N. (1997). Méthadone: prudence. *Le Journal*, 26 (5): 1.
- HENMAN, A. (1996). *Drogues légales. L'expérience de Liverpool*. Paris: Éditions du Léopard.
- HULSMAN, L. et RANSBEEK, H.V. (1983). Évaluation critique de la politique des drogues. *Déviance et Société*, 7, (3): 271-280.
- HUMAN RIGHTS WATCH (1997). Human Rights Violation in the United States. Cruel and Usual Disproportionate Sentences for New York Drug Offenders. 9 (2). mars.
- INGLIS, B. (1975). *The Forbidden Game: A Social History of Drugs*. London: Hodder and Stoughton.
- INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDANCE (1983). Atténuer les risques liés à l'inhalation de solvants. Une stratégie d'éducation sanitaire. *Psychotropes*, 1 (2): 31-37.
- INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION et HIT (1997). Huitième conférence internationale sur la réduction des méfaits liés aux drogues. Programme et recueil des résumés. Paris.
- JONES, L.D. (1990). Working with Drug Users to Prevent the Spread of HIV: the Application of an Analytical Framework to a Range of Programmes. *Health Education Research*, 5, (1): 5-16.
- KALANT, H. (1994). La question des drogues au XXI^e siècle: une responsabilité gouvernementale ou individuelle? In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (175-192). Boucherville: Gaétan Morin.
- KENDALL, P. (1995). Mesurer les méfaits. *Le Journal*, 24 (6): 12.
- KENNEDY, A. (1997). Pionniers en Amérique du Nord: les programmes d'échange de seringues dans les régions semi-urbaines/rurales du Québec. Présentation dans le cadre du Congrès de l'ACFAS. Colloque intersectoriel sur la prévention des MTS et du sida: recherche et intervention auprès des jeunes en difficulté et des utilisateurs de drogues par injection. Trois-Rivières, 14 mai.
- KENT, H. (1996). Harm Reduction Strategies Weapon of Choice in EC's Battle With Drug Addiction. *Canadian Medical Association*, 755(5): 571-573.
- KEVERLING, M. (1997). Housing Projects for Drug Users. Résumé de la présentation à la 8^{ième} conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.
- KINROSS, I. (1997). Allumage sous contrôle et consultations sont efficaces. *Le Journal*, 26 (5): 2.
- KINROSS, I. (1995a). Avis du médecin: les stéroïdes prescrits réduisent les méfaits. *Le Journal*, 24(2): 5.
- KINROSS, I. (1995b). Conseil sur l'injection sûre dans un vidéo. *Le Journal*, 24 (2): 7.

- KLINGEMANN, H.K.H. (1996). Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response. *Addiction* 91 (6): 723-736.
- KRAL, A., LORVICK, J. et BLUTHENTHAL, R. (1997). Impact of Withdrawal of SSI Disability Benefits for Injection Drug Users in San Francisco Bay Area. Résumé de la présentation à la 8ième conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues, Paris, 23-27 mars.
- LAMARCHE, P., LANDRY, M. (1994). L'efficacité du traitement: caractéristiques cliniques et organisationnelles. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (421-435). Boucherville: Gaétan Morin.
- LANDRY, M. (1995). Conception de la toxicomanie et choix des approches de réadaptation. Version HI. Direction des services professionnels, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine.
- LAUZON, P. (1996a). Les modèles d'intervention avec méthadone. *Psychotropes — R.I.T.*, 2 (4): 7-14.
- LAUZON, P. (1996b). La méthadone, une approche de réduction des méfaits efficace contre la transmission du VIH? *Compte rendu. Onzième rencontre provinciale des intervenants (es) des projets de prévention de la transmission du VIH chez les UDI*, octobre: 2-12 (annexe 4).
- LAUZON, P. (1995). Le programme de méthadone et la réduction des méfaits reliés à l'usage des drogues. *L'Écho-toxico*, 6 (2): 7.
- LE BOSSÉ, Y. (1996). Empowerment et pratiques sociales: illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux. *Nouvelles pratiques sociales*, 9 (1): 127-145.
- LE CLERC, R. (1992). *Hébergement pour sans-abri toxicomanes vivant avec le VIH/sida*. Montréal: Corporation Chez ma cousine Evelyn inc. Document de travail.
- LEHMANN, F. et LAUZON, P. (1988). L'entretien à la méthadone dans le traitement de la narcomanie. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (385-404). Boucherville: Gaétan Morin.
- LE JOURNAL (1994). Rapport spécial: réduction des méfaits. 23 (3): 5-8.
- LESHNER, A.I. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science*, 278: 45-47.
- LÉTOURNEAU, G. (1994). *Psychotropes, un journal d'information sur les drogues et leurs usages: bilan et prospective*. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (73-101). Boucherville: Gaétan Morin.
- LEVINE, I. (1994). Cible: buveurs invétérés. *The Journal*, 23 (3): 7.
- LIGUE DE SÉCURITÉ DU QUÉBEC (1997). Programme de formation des serveurs, «Action serveurs». Bilan des activités de la Phase I. Ville Lasalle: Auteur
- LIGUE DE SÉCURITÉ DU QUÉBEC (1996). Plan d'action pour l'implantation du programme de formation des serveurs, «Action serveurs». Ville Lasalle: Auteur
- LIMITER LA CASSE (1995). Conférence internationale sur la réduction des risques. Florence, 6, 27, 28, 29 mars 1995. Rapport des plénières et ateliers.

- LOWENSTEIN, W., GOURARIER, L., COPPEL, A., LEBEAU, B. et HEFEZ, S. (1995). *La méthadone et les traitements de substitution*. Paris: Doin.
- LUCIANO, G. (1996). Réduction de la teneur en alcool des vins de cuisson. *The Journal*, 25 (5): 1.
- MAGNER, M. (1997). Directives de consommation d'alcool saines. *Le Journal*, 26 (5): 3.
- MALTA MESSENGER (1996). 4 (2): été/automne.
- MARLATT, G. et BAER, J.S. (1997). Harm Reduction and Alcohol Abuse: A Brief Intervention for College-Student Binge Drinking. In P.O. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (245-262). Toronto: University of Toronto Press.
- MARLATT, G.A. (1996). Harm Reduction: Come As You Are. *Addictive Behaviors*, 21 (6): 779-788.
- MERCIER, C. (1988). L'approche psychosociale dans le traitement de la toxicomanie. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (367-384). Boucherville: Gaétan Morin.
- MINDBODYLOVE'ZINE (1996). vol 2, octobre.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR (1996). *Rapport: la politique en matière de drogues aux Pays-Bas, continuité et changement*. Parlement des Pays-Bas, <http://www.minvws.nl>
- MINO, A. (1996). *J'accuse, les mensonges qui tuent les drogués*. Paris: Calmann-Lévy.
- MINO, A. (1993). Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction des risques. *Psychotropes*, VIII (3): 9-23.
- MINO, A. (1990). *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*. Genève: Institutions universitaires de psychiatrie.
- MONTPETIT, C. (1997). Les travailleurs de rue se sentent incompris des policiers. *Le Devoir*, 24 juillet: 3
- MORISSETTE, C. (1995). L'intervention en piquerie et l'implication de la communauté Hochelaga-Maisonneuve face au VIH et à la toxicomanie. *Compte rendu. Huitième rencontre provinciale des intervenants (es) des projets de prévention de la transmission du VIH chez les UDI*. Centre québécois de coordination sur le sida, juin: 4-8.
- MUNICIPALITÉ D'AMSTERDAM (1996). Le Service municipal de la Santé d'Amsterdam et le traitement de la toxicomanie. Dépliant promotionnel. Services de Santé et d'Hygiène Publique Municipaux.
- MUNICIPALITÉ D'AMSTERDAM (1992). *La politique antidrogue d'Amsterdam*. Service général de l'information et des relations extérieures de la mairie d'Amsterdam.
- MURBACH, R. (1989). Le grand désordre, le sida et les normes. *Anthropologie et sociétés*, 13 (1): 77-102.

- NADEAU, L. (1990). *Vivre avec l'alcool*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- NADEAU, L. (1989). L'Amérique en guerre des dépendances. In J.-M. Hervieu (dir.): *L'esprit des drogues. La dépendance hors la loi?* (123-130). Paris: Autrement Revue, Série Mutations.
- NADEAU, L. (1988). La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie* (185-204). Boucherville: Gaétan Morin.
- NADEAU, L. (1984). Les théories de l'assuétude, ou l'épidémiologie revue et non corrigée. *L'Intervenant*, 2 (1): 10-12.
- NADELMAN, E., COHEN, P., DRUCKER, E., LOCHER, IL, STIMSON, G. et WODACK, A. (1994). The Harm Reduction Approach to Drug Control: International Progress. <http://www.drcnet.org>
- NADELMAN, E. (1993). Progressive Legalizers, Progressive Prohibitionists and the Reduction of Drug-Related Harm. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelman et P. O'Hare (Eds): *Psychoactive Drugs and Harm Reduction, From Faith to Science* (34-48). London: Whurr Publishers.
- NEWCOMBE, R. (1992). The Reduction of Drug-Related Harm. A Conceptual Framework for Theory, Practice and Research. In P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning et E. Drucker (Eds): *The Reduction of Drug-Related Harm* (1-14). London et New-York: Routledge.
- NOËL, L., AUGER, S., KENNEDY, A. et ANTIL, T. (1995). Projet d'évaluation des programmes québécois d'échange de seringues.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1995). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions médecine et hygiène.
- O'HARE, P., NEWCOMBE, R., MATTHEWS, A., BUNING, E.C. et DRUCKER, E. (1992). *The Reduction of Drug-Related Harm*. London et New-York: Routledge.
- OPÉRATION NEZ ROUGE (1997). Documents promotionnels. Québec: Auteur.
- PANTE, M. (1995). North American Housing Resources. Document de recherche.
- PARKDALE COMMUNITY HEALTH CENTRE (1995). *Fit*. Vidéocassette. Toronto: Auteur.
- PARRINO, M.W. (1996). Le traitement à la méthadone aux USA: organisation et politique. *Psychotropes-R.I.T.*, 2 (4): 103-108.
- P-CRA (1997). Dépliant d'accompagnement et vidéocassette. Fondation Jean-Guy Roy et Educ'alcool.
- PEELE, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
- PERRAULT, C. et MARCIL-DENAULT, J. (1996). L'alcochoix, un succès enivrant. *CLSC Express*, 9 (4): 18-21.
- PETERSON, R. (1996). «Ecstasy»: *synthèse documentaire et pistes de prévention*. St-Charles Borromée (Qc): Direction de la santé publique de Lanaudière.

- PLANT, M. (1997). Reducing Alcohol-Related Harm: A Balanced and Disaggregated Perspective. In P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (203-212). Toronto: University of Toronto Press.
- PSYCHOTROPES (1989). Les coûts du prohibitionnisme. Actes du Colloque international sur l'antiprohibitionnisme en matière de drogues. V(1, 2): hiver.
- REUTER, P. (1989). La politique des États-Unis en matière de stupéfiants. Un triste passé, un avenir douteux. *Psychotropes*, V(1, 2): 111-123.
- RICO, J. (1986). Les législations sur les drogues. Origine et évolution. *Psychotropes*, 3 (1): 69-83.
- RILEY, D. (1996a). La réduction des méfaits à travers le monde. *Bulletin canadien VIH-SIDA et Droit*, 2 (4): 17-20.
- RILEY, D. (1996b). *The Harm Reduction Model*. Toronto: Harm Reduction Network.
- RILEY, D. (1995). La méthadone et le VIH/sida. *Bulletin canadien VIH-SIDA et Droit*, 2(1): 14-16.
- RILEY, D. (1994). La réduction des méfaits liés aux drogues: politique et pratiques. In P. Brisson (dir.): *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II* (129-150). Boucherville: Gaétan Morin
- ROCHON, G. (1979). *Politique et contre-culture*. Montréal: Hurtibise HMH.
- ROSENBAUM, M. (1997). The De-Medicalization of Méthadone Maintenance. In P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (69-79). Toronto: University of Toronto Press.
- ROSENBAUM, M. (1996). *Kids, Drugs and Drug Education. A Harm Reduction Approach*. San Francisco: The National Council on Crime and Delinquency
- ROZIER, M. et LABERGE, D. (1997). L'implantation de Chez Ma Cousine Evelyn, projet-pilote de Maison communautaire d'hébergement-sida. Rapport d'évaluation. Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI), Département de Sociologie, UQAM.
- SANCHEZ-CRAIG, M. (1995). Évolution de l'intervention précoce pour les problèmes liés à l'alcool. *The Journal*, 24 (5): 4.
- SANCHEZ-CRAIG, M. (1994). *C'est assez! Comment arrêter de boire ou réduire votre consommation d'alcool*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- SCHNEEBERGER, P., LAUZON, P. et BROCHU, S. (1996). Le traitement avec méthadone auprès des personnes judiciarisées: la situation québécoise. *Psychotropes R.I. T.*, 2 (4): 57-72.
- SILCOTT, M. (1997). Safety dance. *Mirror*, 13-20 novembre: 10-11.
- SINGLE, E. (1997). Towards a Harm Reduction Approach to Alcohol-Problem Prevention. In P.G. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung et P.A. O'Hare (Eds): *Harm Reduction, A New Direction for Drug Policies and Programs*. (195-202). Toronto: University of Toronto Press.
- SOCIÉTÉ RADIO-CANADA (1994). Drogues: faut-il légaliser? *Enjeux*. 20 janvier.

- SOUTHWELL, M. et JANKOWSKA, T. (1996). Promoting Heroin and Crack/Cocaine Chasing as Harm Reduction Tools in the Late 1990s. Texte de la présentation à la 7th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Hobart, Tasmanie: 4-6 mars.
- SPRINGER, E. (1996). The Spectrum of Harm Reduction. *Harm Reduction Communication*, 3, winter: 20-21.
- STD/AIDS CONTROL (1995). *Harm Reduction for Injection Drug Users. An Information Handbook for Health Care Providers*. Vancouver: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors
- STEARNS, A. (1995). Le système britannique de traitement de la toxicomanie. In Office fédéral de la santé publique (Ed): *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical* (119-127). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- ST-JEAN, L. (1996). La réduction des méfaits. Dossier de travail. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- STRANG, J. (1993). Drug Use and Harm Reduction: Responding to the Challenge. In N. Heather, A. Wodack, E. Nadelman et P. O'Hare (Eds): *Psychoactive Drugs and Harm Reduction, From Faith to Science* (3-20). London: Whurr Publishers.
- THE STANDING SENATE COMMITTEE ON LEGAL AND CONSTITUTIONAL AFFAIRS (1996). *Appearances by the Canadian Bar Association and the Criminal Lawyers' Association of Ontario*. Site parlementaire internet. 28 mars, <http://fox.nst.ca/eoscapel/cfdp/cfdp.html>
- TISON, J.-M. (1996). Des substances de substitution pour les incurables? *L'Itinéraire*, III (2):8-9.
- TORJMAN, S. (1986). *Prévention dans le domaine des drogues. Programme de formation*. Comité national de planification. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- TREMBLAY, R. (1994). Alternatives: un programme de réadaptation et ses courants d'influence. *Alternatives 1969-1994. Une motivation au changement, un passé garant de l'avenir*. Montréal: Centre de réadaptation Alternatives.
- TV5 (1994). La drogue. *Envoyé spécial*, no 159. 24 février.
- VAN DEN BOOMEN, T. (1997). The Switch. *MAINline, Spécial Edition*: 24-25.
- WALL, R. (1994). Réseau unit les toxicomanes. *The Journal*, 23 (3): 1.
- WEIL, A. et ROSEN, W. (1983). *From Chocolate to Morphine: Understanding Mind-Active Drugs*. Boston: Houghton-Mifflin.
- WESTERMEYER, R. (1996a). Reducing Harm: A very Good Idea, <http://www.drcnet.org>
- WESTERMEYER, R. (1996b). Methadone Maintenance: the Grandfather of Harm Reduction. <http://www.drcnet.org>
- ZIVY, P. (1965). *Le tabac, son histoire et son bon usage*. Paris: 10/18.

Liste des tableaux

Tableau 1.1 Objets de l'intervention primaire, secondaire et tertiaire, selon deux approches	6
Tableau 2.1 Évolution des modèles interprétatifs de l'alcoolisme	27
Tableau 3.1 Les principes de l'approche de réduction des méfaits: sources, valeurs et caractéristiques	44
Tableau 3.2 Champ d'action de la réduction des méfaits sur le continuum de l'intervention préventive	49
Tableau 4.1 Typologie des actions en réduction des méfaits	53
Tableau 4.2 Conseils pour un usage sécuritaire dans une optique de réduction des méfaits	72
Tableau 4.3 Prémisses concernant l'adolescence et l'usage de drogues, selon deux approches de la question	73