

Article

« Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et *empowerment* »

Bastien Quirion et Charles Bellerose

Sociologie et sociétés, vol. 39, n° 1, 2007, p. 29-50.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016931ar>

DOI: 10.7202/016931ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et *empowerment*¹

BASTIEN QUIRION

Département de criminologie
Université d'Ottawa
25, rue Université
Ottawa, Ontario, K1N 6N5
Courriel : bquirion@uottawa.ca

CHARLES BELLEROSE

Cégep Lionel-Groulx
100, rue Duquette
Sainte-Thérèse, Québec, H3C 3P8
Courriel : charlesbellerose@sympatico.ca

L'USAGE DE DROGUES ET UNE PRATIQUE dont les origines remontent aux premiers balbutiements de l'humanité (Escotado, 1995). Bien que ces pratiques aient été de tout temps régies par des normes culturelles et sociales, ce n'est que tardivement dans l'histoire que sont mises en place les premières stratégies de régulation politique de la pratique psychotrope². C'est ainsi que, tout au long du xx^e siècle, on assiste à une consolidation du modèle prohibitionniste et à une expansion de l'intervention thérapeutique orientée vers l'abstinence. Ces deux mécanismes de régulation de la pratique psychotrope, bien qu'ils soient souvent considérés comme deux réponses concurrentes au problème des drogues, s'inscrivent en fait dans une même perspective restrictionniste dont l'horizon normatif demeure une société exempte de drogues (Quirion, 2002). Au

1. Nous tenons à remercier le comité de rédaction de la revue, les responsables du numéro, ainsi que les évaluateurs anonymes qui ont formulé des commentaires critiques et constructifs sur la première version du précédent article.

2. Nous regroupons sous le concept de pratique psychotrope l'ensemble des pratiques qui consistent à consommer des produits aux propriétés psychoactives avec pour finalité de modifier l'état d'esprit. Mentionnons à cet égard que le caractère licite ou illicite de ces produits ne saurait être lié à leurs propriétés pharmacologiques, mais bien à un processus de désignation politique et juridique. C'est pourquoi le terme drogue, tel qu'il est employé dans cet article, désigne un ensemble de produits caractérisés avant tout par leurs propriétés psychoactives, quel que soit le régime de contrôle en place.

cours des dernières décennies du xx^e siècle, cette perspective restrictionniste sera peu à peu remise en question à mesure que vont se multiplier les stratégies d'intervention dont la principale finalité ne sera plus d'éradiquer ces pratiques, mais bien d'en réduire les conséquences négatives.

Ces transformations opérées au cours des deux dernières décennies dans le champ de la régulation des pratiques psychotropes ont suscité un nombre significatif d'analyses et de travaux. Ces derniers se sont penchés, pour la plupart, sur l'émergence et la consolidation de nouvelles stratégies d'intervention auprès des utilisateurs de drogues que l'on regroupe en Amérique du Nord sous le vocable de *réduction des méfaits* (Beauchesne, 2000 ; Brisson, 1997 ; Erickson *et al.*, 1997 ; Heather *et al.*, 1993 ; Marlatt, 1998 ; Quirion, 2002 ; Riley, 1996) et en Europe sous le vocable de *réduction des risques* (Bergeron, 1999 ; Coppel, 2002 ; Faugeron et Kokoreff, 2002). Ces travaux visent, pour la plupart, à circonscrire sur le plan conceptuel les éléments constitutifs de ce nouveau modèle d'intervention, en insistant particulièrement sur la rupture paradigmatique qui s'instaure en regard de la perspective restrictionniste.

En écartant les analyses qui formulent une critique sévère à l'endroit du modèle prohibitionniste et de la prise en charge thérapeutique orientée vers l'abstinence, on trouve en fait peu de travaux qui tentent de cerner le climat politique et social qui aurait permis à ce discours alternatif de se développer et de s'implanter au point de devenir un dispositif incontournable dans le champ de la régulation des pratiques psychotropes. Il s'avère essentiel, à notre avis, d'explorer le contexte social plus large dans lequel ce nouveau modèle s'est développé, afin de mieux cerner les enjeux à la fois sociaux et politiques que ce type de stratégie implique, tant pour les utilisateurs de drogues que pour la communauté en général. Dans cet esprit, les rares auteurs qui ont abordé la question de l'inscription sociopolitique de ces nouvelles stratégies l'ont fait en analysant la réduction des méfaits comme une manifestation particulière des transformations générales caractérisant les sociétés modernes avancées. Ces différentes analyses évoquent, entre autres, l'émergence d'un nouveau paradigme dans le champ de la santé publique (Rhodes, 2002), la reconfiguration des rapports et des échanges qui unissent les individus en communauté (Macquet, 2003), et la montée d'une nouvelle logique de gestion des conduites humaines autour de la notion du risque (Mugford, 1993 ; O'Malley, 1999 ; Quirion, 2003).

Malgré ces quelques incursions d'inspiration sociologique, il n'en demeure pas moins que l'inscription sociale de la réduction des méfaits constitue un champ d'analyse encore sous-exploité. Dans le cadre de cet article, nous proposons d'analyser la popularité accrue pour la réduction des méfaits à la lumière des transformations plus globales qui accompagnent ce que plusieurs ont appelé le *virage néolibéral* et que nous comprenons ici comme le passage vers un nouveau mode de régulation des pratiques sociales. Ce nouveau mode de régulation néolibéral s'appuierait avant tout sur une critique en règle du providentialisme et de l'intervention publique institutionnelle qui lui est associée, ainsi que sur la redécouverte des capacités autorégulatrices du marché et des communautés locales. La mise en place de ces stratégies de réduction des méfaits

témoignerait ainsi d'une reconfiguration du mode de régulation, qui se manifesterait notamment par le redéploiement des mécanismes et des acteurs appelés à intervenir en matière de drogues.

Notre hypothèse de départ repose donc sur l'idée que les stratégies de réduction des méfaits s'inscriraient dans une mouvance plus large et seraient, à cet égard, porteuses de certaines caractéristiques propres au mode de régulation néolibéral. Ces transformations dans le champ de la régulation des drogues sont particulièrement frappantes lorsque l'on s'attarde à l'utilisation accrue des techniques d'*empowerment*, lesquelles contribuent entre autres à redéfinir la place et le rôle de l'utilisateur dans le processus de prise en charge. Cette analyse de la place désormais accordée à l'*empowerment* au sein du dispositif de réduction des méfaits nous conduira ainsi à relever, au sein du discours néolibéral, deux thèmes réciproques qui illustrent assez bien la logique de régulation à l'œuvre. Dans un premier temps, on dénote une critique en règle de la médiation institutionnelle mise en place sous le providentialisme. Cette critique définit alors l'intervention publique providentialiste à l'image d'un système de règles rigides et artificielles, dont le caractère technocratique s'oppose aux pratiques communautaires mieux adaptées à la réalité locale. Ce rejet des mécanismes institutionnels de régulation s'appuie, c'est notre hypothèse, sur la foi renouvelée dans la capacité autorégulatrice de l'interaction locale. Ce sont les acteurs locaux, et non les institutions surplombantes propres à la régulation providentialiste, qui doivent générer les règles et les pratiques auxquelles les individus acceptent de se soumettre. Le citoyen émerge alors (et c'est là le second thème réciproque de la régulation néolibérale) comme la figure centrale d'un nouveau discours social qui souhaite redonner à l'individu le contrôle sur sa propre destinée. Pour y arriver, la régulation néolibérale s'articule directement au dynamisme citoyen. C'est donc au nom de la capacité autorégulatrice de l'interaction locale, dont le dynamisme citoyen serait l'incarnation la plus manifeste, que se déploient aussi bien la critique de l'institution que le nouveau modèle de régulation des pratiques. La présence de ces deux thèmes réciproques dans la logique de l'*empowerment* nous autoriserait dès lors à reconnaître dans les stratégies de réduction des méfaits la manifestation concrète du nouveau mode de régulation néolibéral.

RÉDUCTION DES MÉFAITS : DÉFINITION ET CONTEXTE D'IMPLANTATION

On regroupe sous le vocable de réduction des méfaits toute une gamme de stratégies ou de programmes instaurés à compter des années 1980, en réponse aux conséquences sociosanitaires générées par la pratique psychotrope. Que l'on pense aux programmes de distribution de matériel sécuritaire³, à la mise en place de sites supervisés d'injection,

3. Par exemple, les programmes de distribution de seringues et de trousse (*kits*) de stérilisation aux utilisateurs de drogues par injection, ainsi que la distribution d'embouts amovibles de pipes pour les utilisateurs qui fument du crack, dont l'objectif n'est pas tant de promouvoir l'abstinence que de prévenir la contamination et la propagation de certaines maladies infectieuses.

aux tests de contrôle de la qualité des drogues dans les *raves* ou aux programmes préconisant la consommation dite contrôlée⁴ : ces stratégies ont toutes en commun de viser à réduire les conséquences négatives associées à l'usage de drogues sans nécessairement exiger de l'utilisateur un idéal d'abstinence. Au nombre des conséquences ou des méfaits qui sont associés à ces pratiques, on trouve évidemment en tête de liste les risques de contamination aux infections virales qui menacent tout particulièrement les utilisateurs de drogues par injection. Se gardant de préconiser un objectif strict d'élimination ou de réduction de la consommation de drogues, ces stratégies se démarquent des modèles plus traditionnels⁵ d'intervention qui s'inscrivent dans une logique de prohibition ou d'intervention thérapeutique orientée vers l'arrêt définitif de la consommation. La réduction des méfaits s'est en effet développée comme une voie alternative aux pratiques institutionnelles qui préconisaient traditionnellement un triple idéal : un idéal moral réclamant l'abstinence, un idéal clinique orienté vers la désintoxication, et un idéal politique en appelant à l'éradication des drogues (Ehrenberg, 1995). Présentées par plusieurs comme une avenue révolutionnaire dans le champ de la régulation de la pratique psychotrope, ces stratégies s'inscrivent dans une logique selon laquelle les mécanismes institutionnels de prise en charge ne seraient plus en mesure de répondre de façon adéquate à la situation vécue par ces usagers, en plus de représenter un obstacle important dans le processus d'émancipation de ces individus aux prises avec une pratique psychotrope problématique. À cet égard, la réduction des méfaits s'instaure avant tout comme un outil de lutte contre l'exclusion pour certaines catégories d'utilisateurs de drogues lourdement handicapés et stigmatisés par les interventions pénales et thérapeutiques traditionnelles.

Ce déplacement de cible au sein des mécanismes de régulation (de la consommation du produit aux méfaits qui l'accompagnent) vise d'abord à réduire les effets négatifs qui découlent de la pratique psychotrope, pour ensuite reconnaître dans l'utilisateur de drogues un agent capable d'entreprendre lui-même les actions pouvant conduire à une amélioration de ses conditions de vie. Ces transformations dans la façon dont l'intervention s'articule auront aussi un impact sur la façon de décrire l'individu qui se trouve au cœur du dispositif de prise en charge. C'est dans cet esprit que certains analystes ont souligné que la réduction des méfaits implique une logique de prise en charge par laquelle la figure traditionnelle du toxicomane (moralement et médicalement connotée) est remplacée par celle plus neutre de l'utilisateur de drogues (Carrier et Quirion, 2003 : 15 ; Jauffret-Roustide, 2004 : 111).

S'appuyant sur un principe *humaniste* (Brisson, 1997 ; Riley, 1996), les intervenants qui travaillent dans ces programmes préconisent une participation active de l'utilisateur

4. On peut penser, en particulier, aux programmes de prescription de méthadone et d'héroïne offerts à certains opiomanes, ainsi qu'aux programmes qui visent à ramener le consommateur à un usage moins nocif de drogues (alcool, tabac), sans pour autant exiger un horizon d'abstinence.

5. Dans le cadre de cet article, nous désignons par le qualificatif traditionnel tout ce qui se rapporte au mode de régulation providentialiste, soit les dispositifs et stratégies d'intervention institutionnels mis en place directement par les agences étatiques.

de drogues, se démarquant ainsi de la logique thérapeutique d'inspiration médicale et institutionnelle qui avait cours jusqu'alors. La participation des utilisateurs à leur propre prise en charge devient d'ailleurs l'un des principaux éléments de cette nouvelle philosophie d'intervention. L'usager de drogue devient un important partenaire, voire l'acteur principal, de toute action préventive. « Drug users are not to be considered as passive recipients of services but must be viewed as playing a vitally important role in the prevention of Hiv/Aids⁶. » Dans un même ordre d'idées, l'énoncé de principe de la *Harm Reduction Coalition* stipule explicitement que la mission de l'organisme consiste à reconnaître les « drugs users themselves as the primary agents of reducing the harms of their drug use, and seeks to empower users to share information and support each other in strategies which meet their actual conditions of use⁷ ». La centralité de l'usager dans les pratiques d'intervention est donc manifeste chez les tenants de la réduction des méfaits, qui dénoncent les effets pervers attribuables au dispositif traditionnel de prise en charge. En fait, la mise en place de la nouvelle perspective se construit d'entrée de jeu sur une critique extensive de l'intervention institutionnelle propre à l'État-providence. On souligne la portée paternaliste et moralisatrice des interventions plus traditionnelles, en dénonçant le pouvoir absolu qui incombe aux experts dans le choix des objectifs et des outils thérapeutiques. On cible en fait le caractère trop autoritaire des intervenants en toxicomanie qui traditionnellement imposaient, dans le cadre des divers programmes institutionnels, le passage obligé par la désintoxication et la quête de l'abstinence comme principal objectif clinique.

Cette prise en charge totale par les experts contribuerait, toujours selon les critiques de cette approche, à entretenir une certaine passivité et une déresponsabilisation des individus bénéficiant de ces programmes. L'intervention traditionnelle s'inscrirait ainsi dans un régime de régulation externe ou hétéronome, par lequel les normes seraient instaurées suivant une logique descendante (*top bottom*), brimant ainsi la capacité des bénéficiaires à exercer un contrôle sur leur propre existence. Cette remise en question de l'approche institutionnelle ouvrira la voie à un nouveau discours ainsi qu'à de nouvelles pratiques d'intervention, permettant aux utilisateurs de drogues de se prendre eux-mêmes en main et de se donner les moyens de mettre au point les outils les mieux adaptés à leur réalité personnelle. Devant la lourdeur technocratique associée au providentialisme, on revendique l'autonomie, la responsabilité et la capacité des usagers à créer, au quotidien et au niveau local, leurs propres modes de fonctionnement et mécanismes de régulation des pratiques.

C'est dans ce contexte de reconfiguration de la pratique clinique que les techniques d'*empowerment* vont s'imposer comme le passage obligé de la nouvelle philosophie d'intervention. Bien que ces techniques d'*empowerment* ne représentent pas en soi des stratégies nouvelles dans le champ de l'intervention auprès des utilisateurs de drogues,

6. *Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia*, 2003, p. 36, The Centre for Harm Reduction. Internet : www.chr.asn.au.

7. Référence au site électronique de l'organisme, à la page présentant les principes de base de la réduction des méfaits : www.harmreduction.org/prince.html.

l'innovation réside principalement dans le fait qu'elles deviennent le principal vecteur autour duquel la réduction des méfaits va se démarquer, tout au long des années 1990, par rapport aux pratiques d'intervention plus anciennes. C'est en se penchant plus en détail sur ces nouvelles stratégies d'intervention que nous tenterons d'établir des liens entre la nouvelle gestion des pratiques psychotropes et le mode de régulation néolibéral.

LE MODE DE RÉGULATION NÉOLIBÉRAL

L'importance accordée depuis quelques décennies à l'*empowerment* représente la manifestation la plus frappante du virage qui semble s'opérer, non seulement dans le champ spécifique de la régulation de la pratique psychotrope, mais de façon plus généralisée dans l'ensemble des mécanismes de régulation des conduites humaines. Cette nouvelle conception de l'intervention, selon laquelle les bénéficiaires des services de soins sont considérés avant tout comme des acteurs compétents, capables de puiser à même leur environnement naturel les outils de leur propre prise en charge, semble tracée sur mesure pour répondre à des idéaux politiques plus généraux de responsabilisation des individus face à leur destin. Nous avançons l'hypothèse selon laquelle le discours émancipateur contemporain traduirait en fait le passage à une nouvelle forme de régulation sociale par laquelle les mécanismes traditionnels de contrôle social seraient écartés au profit de mécanismes plus subtils de responsabilisation individuelle. Ces transformations se manifesteraient de façon particulière par la remise en question de la régulation dite institutionnelle ou hétéronome qui, tout au long du providentialisme, incarnait au moins potentiellement un idéal d'émancipation tant individuelle que collective. Ce qui caractérise désormais le discours éthico-politique de la période contemporaine — comprise comme mode de régulation néolibéral — c'est justement cette confiance accrue dans les capacités autorégulatrices de l'individu en interaction avec son milieu immédiat, le tout associé à une méfiance exacerbée à l'égard des mécanismes institutionnels plus officiels et centralisés de régulation des conduites.

Ce nouveau mode de régulation prend tout son sens lorsqu'on le compare aux modèles qui l'ont précédé. Il est possible de synthétiser l'essor des sociétés modernes occidentales selon trois formes idéales typiques impliquant chacune un mode de régulation associé au rôle attribué à l'État (Bourque et Duchastel, 1992 et 1988). Dans un premier temps, un État libéral caractérisé avant tout par le droit formel. Les mécanismes de régulation des rapports sociaux sont alors confiés principalement aux institutions de la sphère privée (famille, Église, marché), laissant à l'État un rôle essentiellement résiduel. Vient ensuite l'État-providence caractérisé par le droit social et par une prise en charge de la régulation des rapports sociaux par les institutions de la sphère publique. L'État s'instaure dès lors comme le principal foyer de régulation sociale, appelé à contrer les effets pervers du marché économique. Et finalement, la forme contemporaine que nous présentons sous le concept de *néolibéralisme*. La position néolibérale s'est d'abord construite sur une critique en règle de la régulation providentialiste et sur une redécouverte de la capacité autorégulatrice des mécanismes du marché économique. Aussi, la pension soi-disant totalitaire de la social-démocratie fut-elle d'abord

dénoncée par la philosophie libérale de F.A. Hayek (1979 et 1985) et de ses nombreux alliés (Dolan, 1976 ; Gray, 1986), qui mettront rapidement en avant un agenda idéologique cherchant à convaincre autant les élites politiques que médiatiques des sinistres dangers que recèlent la collectivisation du risque social et la régulation centralisée autour de l'État (Dixon, 1998). Les importantes réformes conduites dans le champ des politiques sociales et les nombreuses initiatives de libéralisation, de déréglementation et de privatisation des programmes témoignent, dès le début des années 1980, de cette foi renouvelée dans les capacités autorégulatrices du marché en matière de régulation sociale. Cette croyance dans la capacité de l'interaction locale à générer une saine régulation des rapports sociaux est au cœur de nombreuses propositions pour un nouveau paradigmatique dans les sciences sociales depuis les quarante dernières années (Bellerose, 2003). Les années 1990 seront à cet égard marquées par la consécration de cette nouvelle orientation, d'autant plus significative qu'elle se donne également comme l'alternative à la gauche du continuum politique. Dans une inspiration qui trouve, elle aussi, sa source dans la contre-culture des années 1960, on retrouve dans le discours de la gauche critique cette même dénonciation de la propension technocratique et dominante de l'institution moderne centralisée, au nom d'une autorégulation de la société concrète par elle-même.

Tout mode de régulation s'appuie sur un discours éthico-politique, lequel est appelé à définir la nature des rapports devant unir l'individu à la société, assurant ainsi l'intelligibilité, pour les acteurs sociaux, de la représentation de la société comme totalité (Beauchemin, 1997). Le discours éthico-politique qui accompagne le passage à la régulation néolibérale reformule ainsi le discours émancipateur moderne, dans un appel de plus en plus appuyé aux capacités *naturelles* de l'interaction locale (qu'elle se déploie sur le marché ou dans la communauté concrète). On y trouve ainsi une volonté de reconquête de l'autonomie perdue au profit de la gestion technocratique et providentialiste du monde. S'appuyant sur les postulats du modèle formalisé par les penseurs du nouveau libéral, le discours émancipatoire contemporain s'appuie sur l'idée qu'une fois libéré du joug de la régulation institutionnelle, un nouvel ordre social émergerait de façon spontanée, contribuant ainsi à l'expression de la connaissance pratique des agents et de la *sagesse populaire* (Brodeur, 1984). Le maintien de ce nouvel ordre social serait dès lors rendu possible par une régulation des rapports sociaux qui s'exercerait essentiellement dans la rencontre face-à-face et la vie quotidienne du monde vécu, par la prise en charge des acteurs et de leurs réseaux de proximité. Les mécanismes locaux de régulation sociale assureraient ainsi, de façon spontanée, une compréhension mutuelle et une meilleure adaptation des acteurs à leur milieu. Dans ce contexte, non seulement la prise en charge institutionnelle est-elle perçue comme une réponse inadéquate, elle devient aussi le principal obstacle à la prise en charge par l'acteur (citoyen de sa propre destinée).

DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RÉGULATION DE L'USAGE DES DROGUES

Le passage d'une régulation providentialiste à une régulation néolibérale, nous l'avons esquissé brièvement, implique une nouvelle articulation entre les différents mécanismes de régulation à l'œuvre. Notre analyse du virage néolibéral s'appuie en effet sur une distinction entre, d'un côté, des mécanismes de régulation locaux et immanents à la rencontre de l'expérience concrète des acteurs ; et de l'autre, des mécanismes institutionnels, hétéronomes à l'interaction locale. Cette distinction entre mécanismes spontanés et mécanismes institutionnalisés de régulation nous oblige dès lors à circonscrire de façon plus précise ces différents niveaux de régulation. Pour y arriver, nous emprunterons une typologie des différents mécanismes de contrôle, élaborée par Castel et Coppel (1991), et qui nous apparaît particulièrement éclairante en ce qui concerne la nature de notre objet d'analyse. Analysant le champ spécifique de la régulation des drogues, ces auteurs marquent une distinction conceptuelle entre trois niveaux de contrôle mis en œuvre afin de maintenir la pratique psychotrope à l'intérieur de certaines balises. Ces différents niveaux de régulation peuvent, dès lors, se combiner et se renforcer mutuellement afin d'éviter la perte de contrôle que représente la toxicomanie. Cette typologie exprime, dans le champ plus précis de l'usage des drogues, les mêmes niveaux de régulation que ceux rencontrés lors de notre discussion sur le paradigme propre à la forme néolibérale.

Le premier niveau est celui de l'**autocontrôle**, qui s'appuie avant tout sur la capacité des individus à exercer eux-mêmes un contrôle sur leurs propres conduites. Certains individus semblent mieux outillés sur le plan personnel pour éviter que leur usage de drogues ne conduise à des pratiques s'inscrivant dans le registre de l'abus. Certaines caractéristiques individuelles permettraient ainsi à ces utilisateurs de maintenir leurs conduites à l'intérieur de certaines limites *raisonnables*. La littérature fait d'ailleurs régulièrement référence à ces cas, généralement considérés comme atypiques, pour lesquels la consommation de drogues, bien qu'étant fréquente et régulière, ne conduit pas à des séquelles importantes sur le plan physique ou relationnel (Decorte, 2003). C'est ainsi que l'on a pu observer des usagers réguliers d'opiacés qui réussissent, souvent à l'encontre de toute attente clinique, à maintenir un cadre de vie stable tant sur le plan familial que professionnel (Castel, 1998). On postule alors la capacité de l'individu à gérer de façon autonome sa pratique psychotrope, par l'application de schèmes de connaissances pratiques acquis dans l'interaction avec son environnement. C'est le savoir pratique routinisé qui permet cette autogestion des comportements à risque, celui où les compétences personnelles guident l'agent dans son effort d'émancipation relativement à un produit pourtant considéré comme hautement addictif.

Le second niveau, celui des **contrôles sociétaux**, repose quant à lui sur le réseau de socialité et le contexte local d'interaction, considérés au même titre que l'autocontrôle comme informels, spontanés et non réfléchis. Émanant de façon spontanée de l'environnement immédiat du consommateur, ces mécanismes se manifestent entre autres sous la forme de normes sociales et culturelles qui viennent encadrer les pratiques psychotropes,

dans la volonté de les maintenir à leur niveau le moins dangereux. On parle alors de pratiques psychotropes socialement intégrées, dont l'existence n'est assurée que par le processus d'intériorisation des normes immanentes du milieu. C'est d'ailleurs par l'intériorisation de ces normes que les individus en viendraient à exercer avec plus d'efficacité un autocontrôle sur leurs propres conduites. Une meilleure intégration sociale à cet environnement immédiat est donc pressentie comme un meilleur gage de la capacité de l'individu à maintenir sa consommation à un niveau jugé adéquat (Mugford, 1991). Les contrôles sociétaux permettraient ainsi aux agents d'acquérir des compétences, en tenant lieu de réservoirs de ressources, de capital social que peuvent mobiliser les acteurs. Ils renvoient à la communauté de proximité ou, pour reprendre le langage propre aux analystes des réseaux sociaux, aux réseaux secondaires informels⁸. Les deux premiers niveaux de contrôle, l'autocontrôle et les contrôles sociétaux, s'inscrivent dans la lignée de la régulation immanente à l'interaction et se combinent pour assurer l'autorégulation en matière de pratiques psychotropes. C'est dans l'interaction entre ces deux premiers niveaux de contrôle que se construisent les capacités individuelles pour une consommation contrôlée et que se situe, notamment, la sphère d'action du développement de l'*empowerment*.

Le troisième niveau, que Castel et Coppel (1991) désignent sous le terme d'**hétérocontrôle**, regroupe toutes les stratégies de régulation de la pratique psychotrope qui seront appelées en renfort lorsque les deux niveaux précédents auront failli dans leur tâche de maintien de la pratique à l'intérieur d'un cadre précis. On y retrouve des stratégies de contrôle étatiques plus formelles, qui obéissent à une rationalité technocratique et institutionnelle, selon un plan qui ne doit plus rien à la spontanéité individuelle ou communautaire. C'est le registre des normes juridiques et cliniques qui encadrent le champ de la régulation des drogues. Il s'agit, selon Castel et Coppel (1991), d'une régulation artificielle qui s'impose *d'en haut* et qui exerce un contrôle sur les mécanismes plus naturels qui émanent de l'environnement local dans lequel évoluent les individus. Ce sont ces stratégies institutionnelles qui représentent, dans le modèle aujourd'hui dominant, un obstacle au fonctionnement naturel et spontané des mécanismes d'autocontrôle, paralysant l'autonomie des individus par un effet pervers de déresponsabilisation de l'agent face à ses propres pratiques (Decorte, 2003).

Cette typologie des mécanismes de contrôle illustre selon nous les rapports étroits entre les stratégies de réduction des méfaits et ce que nous avons décrit comme le passage à un nouveau mode de régulation, le néolibéralisme. Les appels à l'autonomie et à la prise en charge des individus par eux-mêmes renvoient à une représentation des agents en mesure d'acquérir, par leurs interactions dans le milieu, des compétences de façon

8. On trouve en effet, dans l'analyse des réseaux sociaux, la même grille de lecture : la socialité primaire comme lieu d'émergence des *véritables besoins sociaux* où l'expérience sociale peut adapter les mécanismes institutionnels (réseaux secondaires formels) à sa réalité concrète (par l'interface des réseaux secondaires informels). Si les mécanismes institutionnels formels sont des ressources à mobiliser par l'acteur et son réseau informel, ces derniers peuvent à tout moment les mettre en danger, nier leur dynamisme et leur spontanéité (Guédon, 1984).

spontanée. Ces compétences les habilitent alors à réguler leurs propres pratiques psychotropes en osmose croissante et évolutive avec leur environnement immédiat. Suivant la logique du discours néolibéral, les mécanismes d'hétéro-contrôle ne sont donc plus nécessaires, et semblent même contreproductifs pour cette quête d'autonomisation de l'agent. Inscrits dans des rapports sociaux horizontaux ou réticulaires — c'est-à-dire en réseaux formés des mécanismes de contrôle sociétal et d'autocontrôle — les agents compétents doivent désormais, par le raffinement des stratégies d'autocontrôle, aspirer à une émancipation par rapport aux contraintes institutionnelles. Cela implique la capacité des rapports sociaux *ancrés* dans le *monde vécu* à générer des règles plus harmonieuses du vivre-ensemble, par la prise en charge directe des individus et des communautés locales (ou réseaux informels). Le renversement semble ainsi total : alors que l'interventionnisme de l'État-providence allait incarner pendant près de quarante ans la stratégie émancipatrice par excellence, il apparaît aujourd'hui que l'émancipation passe d'abord par une déconstruction des structures institutionnelles de prise en charge et par une reconstruction des mécanismes de régulation préconisant l'autonomisation et la responsabilisation des agents. En analysant la place occupée par les stratégies de réduction des méfaits, en particulier par ces stratégies relatives au développement de l'*empowerment*, nous pourrions poursuivre plus avant notre réflexion sur la manière dont sont définies ces nouvelles dynamiques émancipatrices. L'étude de ces pratiques d'intervention dans le champ spécifique de la régulation de la pratique psychotrope nous permettra de saisir avec plus d'acuité la manière dont s'exprime, dans le discours de l'intervention sociale, une des dimensions éthico-politiques fondamentales de la régulation néolibérale.

L'EMPOWERMENT

On ne peut être que frappé par l'engouement qui s'est manifesté, depuis environ deux décennies, autour des stratégies dites d'*empowerment*, et ce, dans l'ensemble des champs de la régulation des conduites humaines (Breton, 1994 ; Hannah-Moffat, 2000 ; LeBossé, 2004). On enregistre en effet une utilisation croissante de la notion dans des sphères aussi éloignées que la gestion des ressources humaines, le développement personnel ou l'intervention auprès des populations marginales. C'est ainsi que l'argumentaire des stratégies d'*empowerment* va se propager rapidement vers des horizons aussi diversifiés que l'assistance sociale, les soins en santé mentale, la réhabilitation des détenus, les services aux personnes handicapées ou le traitement des toxicomanes. On y a recours autant pour encourager la productivité et l'initiative personnelle dans un contexte entrepreneurial de gestion des ressources humaines, que pour soutenir des individus marginalisés ou en déficit d'intégration au niveau social. Bien que l'emploi du terme soit relativement récent, ce type de stratégie est connu depuis longtemps dans le champ du service social (Ninacs, 1995). Mais c'est l'étendue de sa sphère d'influence sur une gamme d'actions de plus en plus vaste qui en fait la solution de rechange la plus sérieuse à la régulation institutionnelle.

L'*empowerment*, peu importe son champ d'application, est le terme utilisé pour désigner toute une gamme de stratégies visant à restaurer une plus grande autonomie chez les groupes et les individus. Pour Baistow (1995: 35), l'*empowerment* se définit comme « the process by which individuals, groups and/or communities become able to take control of their circumstances and achieve their goals, thereby being able to work towards maximising the quality of their lives ». Pour LeBossé, l'*empowerment* renvoie à toute démarche d'affranchissement personnel ou collectif qui implique une plus grande prise de contrôle du bénéficiaire sur le processus même de l'intervention sociale. Ces interventions viseraient ainsi à développer « les capacités des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent » (LeBossé, 2004: 32). Ces définitions, quoique très larges, recouvrent donc toutes les stratégies visant à promouvoir la prise de contrôle accrue des groupes et des individus sur leur propre existence, au moyen d'actions visant à stimuler l'autonomie et une reprise en main des principaux outils de développement individuel ou collectif. L'efficacité de ces stratégies d'*empowerment* se mesure dès lors à la capacité qu'elles ont de stimuler la participation complète de l'utilisateur, et d'aboutir à son autonomisation accrue ou à celle de sa communauté, réseau informel à l'intérieur duquel il évolue.

Deux facettes de l'*empowerment*: individuel et collectif

La notion d'*empowerment* recouvre une série d'actions, de stratégies ou de programmes que l'on peut classer en deux catégories, selon qu'elles s'adressent à des groupes ou à des individus (Staples, 1990).

À une échelle collective⁹, l'*empowerment* s'exerce par des actions visant à soutenir les groupes ou les communautés qui se trouvent en position de déficit social ou d'exclusion. Dirigées à l'intention des groupes, des réseaux ou des communautés, ces stratégies ont pour principal objectif de stimuler la création d'espaces de citoyenneté à travers lesquels les regroupements peuvent exprimer leur pleine autonomie (Cruikshank, 1999). Ces stratégies prennent alors la forme d'actions communautaires autour de thèmes tels que la prise de conscience du déficit social, la résistance communautaire, la prise de contrôle des leviers politiques et la conquête de tribunes publiques. Les initiatives visant à instaurer des réseaux de solidarité pour les travailleurs du sexe ou les utilisateurs de drogues s'inscrivent dans cette logique de conquête d'une autonomie au niveau politique et social. On trouve ici l'ensemble des stratégies d'activisme social qui visent à redonner aux groupes marginalisés des outils leur permettant d'acquérir une plus grande autonomie sur le plan collectif. Il s'agit, pour reprendre la typologie de Castel et Coppel, de consolider les contrôles sociétaux, ces réseaux locaux et non officiels servant de lieux de vie riches en capital social, capital que les acteurs mobiliseront pour la réalisation de leurs objectifs personnels. Le but est de promouvoir l'action collective,

9. Notons que le qualificatif collectif renvoie moins à une représentation totalisante de l'identité du *Nous* qu'à la mise en commun horizontale des savoirs pratiques dans la vie quotidienne.

de façon que cet *empowerment* communautaire puisse induire, sans l'imposer, une responsabilisation et une autonomisation accrues des individus.

En second lieu, on trouve sous la rubrique de l'*empowerment* des stratégies à portée davantage thérapeutique visant à restaurer chez les individus une relative autonomie sur le plan personnel. Ces activités ont pour objectif d'offrir et de mettre au point des outils pour que les individus redeviennent maîtres de leur existence ; de permettre à des sujets en déficit d'intégration sociale de se libérer d'un certain état de dépendance. Alors que l'*empowerment* collectif renvoie à la promotion d'une certaine forme d'organisation sociale qui se traduirait par des gains sociaux, l'*empowerment* thérapeutique renvoie surtout au développement d'une responsabilité individuelle accrue et d'une prise en main personnelle des leviers de contrôle sur sa propre existence. Comme le souligne Otero (2003), la nouvelle norme de conduite sur laquelle s'appuie désormais la légitimité thérapeutique renvoie à cette capacité d'autonomie et d'adaptation du sujet à son milieu. Ces stratégies ont pour finalité la revalorisation sur le plan de l'estime de soi, la motivation accrue et le développement de l'autonomie en regard des choix de vie (Dallaire et Chamberland, 1996). On vise alors à rendre les individus autonomes et responsables, capables d'assurer eux-mêmes leur bien-être personnel. On se situe donc dans le registre de l'autocontrôle, puisque ces stratégies visent à favoriser chez l'individu une capacité accrue à se prémunir contre les dérapages et les rechutes au niveau des comportements considérés comme à risque. Les stratégies d'*empowerment* peuvent dès lors être considérées comme des interventions visant à maximiser chez les bénéficiaires les facteurs de protection en regard de certaines conduites à risque (Clément et Ouellet, 1992). C'est à ce type d'intervention que l'on a recours tout particulièrement dans le cadre des stratégies de réduction des méfaits, puisqu'on vise une plus grande responsabilisation des utilisateurs de drogues en regard de leurs pratiques de consommation. L'intervention vise en fait à produire des usagers de drogue responsables, en mesure de réduire les risques intrinsèques à leur propre consommation.

L'*empowerment* comme finalité ou comme processus

L'accent mis sur la responsabilisation des individus nous oblige dès lors à distinguer, au sein même de la grande famille des stratégies d'*empowerment*, les dispositifs qui vont la considérer comme une **finalité** de ceux qui vont l'appréhender comme un **processus**. Si l'on accepte l'idée que les stratégies d'*empowerment* visent avant tout à traiter des individus ou des groupes qui manifestent un déficit relatif à l'autonomie, on considère alors que l'*empowerment* doit être considéré comme l'aboutissement clinique d'une démarche dont la finalité est bien cette autonomisation. Ainsi formulée, l'*empowerment* ne représente pas une nouveauté en soi, puisqu'en général toute forme d'intervention à saveur thérapeutique ou sociale se donne pour objectif d'instaurer des changements pouvant se traduire par une plus grande liberté dans la vie des individus. La psychothérapie classique, telle qu'elle a été développée tout au long du xx^e siècle, ne se donne-t-elle pas pour objectif général la normalisation des conduites et la recherche d'une plus grande autonomie du sujet ? Les interventions traditionnelles visant à libérer le toxicomane

de l'emprise de la drogue n'ont-elles pas pour finalité de rendre l'individu plus en contrôle sur sa vie ? L'*empowerment* comme finalité ne représente donc pas une réalité nouvelle dans le champ de l'intervention. Ce qui marque toutefois un important virage dans ce champ, c'est le fait de considérer désormais l'*empowerment* comme un processus qui, au-delà de sa finalité d'autonomisation, contribue dans le cadre même de l'intervention à responsabiliser le client par rapport à sa propre démarche clinique. On ne se limite plus simplement à viser une plus grande autonomie comme objectif clinique ; on s'assure désormais que le client devienne le principal agent de la démarche thérapeutique. L'autonomisation apparaît comme un impératif dès la mise en place des différents dispositifs cliniques. Le déroulement de l'activité thérapeutique est dès lors considéré comme une opportunité nouvelle, pour le client en processus de soins, d'assumer lui-même sa prise en charge.

Ce passage de l'*empowerment* comme finalité à l'*empowerment* comme processus vient alors modifier de façon significative la nature même du rapport entre l'intervenant et le bénéficiaire et, par extension, le rapport entre les citoyens et les institutions de régulation sociale. En confiant au bénéficiaire une plus grande responsabilité dans le déroulement même de la démarche de soins, on remet en question le rôle traditionnellement attribué aux intervenants. Pour reprendre les mots de Dallaire et Chamberland,

[...] l'approche d'*empowerment* se veut porteuse d'une transformation profonde des rapports entre intervenants et usagers [...] Elle favorise le dépassement du modèle technocratique dominant dans les services sociaux qui induit chez les usagers des rapports de consommation passifs [...] au profit de rapports permettant à la personne d'agir en citoyen actif et de se sentir responsable d'elle-même et de la qualité de son environnement. (Dallaire et Chamberland, 1996 : 89)

L'*empowerment*, à titre de processus, renvoie donc à la capacité d'autocontrôle et de déploiement de stratégies dont l'individu demeure le principal responsable. En considérant désormais l'*empowerment* comme un processus plutôt que comme une finalité, on formule en quelque sorte un nouvel impératif à l'intention du bénéficiaire, en exigeant de sa part une plus grande participation dans le déroulement même du dispositif thérapeutique. On renverse ainsi le fardeau de la responsabilité eu égard au succès de l'intervention, rendant le bénéficiaire davantage responsable de la réussite du programme et, par le fait même, de son échec.

Ces transformations dans le partage de la responsabilité sont particulièrement frappantes dans les nouvelles modalités d'intervention dans le champ de l'assistance aux utilisateurs de drogues. La responsabilité accrue du bénéficiaire occupe en effet une place centrale dans l'énoncé de principes des différents organismes qui font la promotion de la réduction des méfaits. Dans cet esprit, le *Toronto Harm Reduction Task Force* stipule, dans le cadre d'un ouvrage portant sur la formation des pairs aidants, que l'utilisateur représente désormais le principal agent de transformation du processus de soins alors que la communauté y incarnera la figure de l'expert autrefois rattachée à la structure technocratique :

In essence, peer programs are modeled on the more established self help concept. Peer programs and self-help groups share the premise that the wisdom of the community will always exceed the knowledge of the expert [...] The development of peer programs began with this realization¹⁰.

On trouve le même principe dans l'énoncé de mission du *Groupe de travail sur les réalités communes* d'Ottawa qui travaille dans le champ de la prévention contre le VIH/SIDA, puisqu'on « responsabilise les utilisateurs de services de sorte qu'ils puissent devenir les principaux agents de la réduction des méfaits, de partage de l'information et de l'entraide¹¹ ». En des termes encore plus explicites, le *Groupe de recherche et d'intervention psychosociale* (GRIP)¹² définit son action de la façon suivante :

Le GRIP favorise la prise en charge individuelle et collective des consommateurs, en les sensibilisant et en agissant avec eux afin de les outiller à faire des *choix éclairés et réfléchis*. Nous visons ainsi à ce que les jeunes adoptent une *attitude responsable* face aux risques de consommation irréfléchie. (Fallu, 2001 : 122)

Tous s'accordent pour redéfinir fondamentalement le rôle de l'intervenant qui devient simple conseiller, l'utilisateur demeurant le seul maître de ses choix et de ses actions en matière de traitement et de prévention. Il s'agit, comme on l'a avancé plus tôt, de permettre à la sagesse pratique des acteurs de présider à la mise en place des règles et des mécanismes de régulation.

Nous l'avons énoncé plus haut, c'est par la critique radicale des mécanismes institutionnels de prise en charge que les stratégies d'*empowerment* peuvent s'afficher comme la solution de rechange principale à la régulation de type providentialiste. En favorisant davantage le renforcement des mécanismes d'autocontrôle et de contrôles sociétaux — comme les pairs aidants —, l'*empowerment* comme processus fait de l'émancipation au regard des mécanismes technocratiques un passage obligé pour l'émancipation individuelle et collective. Par la mise en place de programmes visant à augmenter le pouvoir de régulation à la fois du contexte local et des principaux acteurs concernés, on espère ainsi mettre en place une intervention pour laquelle le recours aux institutions traditionnelles de prise en charge serait réduit de façon significative. Une fois émancipé de la lourdeur de l'appareil institutionnel, l'agent peut réguler avec plus d'efficacité ses propres conduites, et du même élan devenir un aidant naturel dans son milieu en soutenant ses pairs aux prises avec les mêmes difficultés personnelles. Le principal avantage de ce type d'intervention résiderait ainsi dans sa capacité à réduire le recours aux mécanismes plus lourds de régulation, tout en permettant d'atteindre, à des coûts minimales, les mêmes finalités de contrôle des conduites humaines. Dans une perspective foucauldienne, on avancera que les individus étant désormais soumis

10. *Peer Manual: A Guide for Peer Workers and Agencies*, 2003, p. 3, Toronto Harm Reduction Task Force, www.canadianharmreduction.com.

11. Extrait du programme de la conférence tenue à Ottawa en mars 2003 et intitulée *Le temps d'agir*. La citation est tirée de la liste des 7 principes de la réduction des méfaits.

12. Le GRIP est un organisme à but non lucratif, qui existe depuis 1997, et dont le principal objectif est de fournir de l'information et de faire l'éducation sur les pratiques psychotropes.

à une certaine forme d'émancipation imposée dans le cours même des rapports avec autrui, les agences publiques peuvent tranquillement se délester de leurs fonctions de régulation qui traditionnellement leur avaient été accordées (Barry *et al.*, 1996). On peut ainsi reconnaître, dans l'engouement récent pour les stratégies d'*empowerment*, une proclamation en force de l'impératif de l'autonomie et de la liberté, auquel on attache plus que jamais l'injonction de l'autodiscipline.

L'EMPOWERMENT COMME DISCOURS D'ÉMANCIPATION

Au-delà de ces considérations plus circonstanciées quant à l'implantation de ces stratégies de promotion de l'autonomie, on peut reconnaître dans le discours sur l'*empowerment* deux thèmes réciproques qui renvoient directement à la logique néolibérale. Ces grands thèmes sont la critique du modèle institutionnel de type providentialiste et la promotion de la participation citoyenne. La reconnaissance de ces thèmes siamois nous permet dès lors d'ouvrir sur une réflexion plus générale qui déborde le champ de la régulation des drogues pour embrasser les nouveaux mécanismes de régulation propres au modèle néolibéral. C'est à ce titre que nous pourrions dès lors relier la mise en place des diverses stratégies de réduction des méfaits et la montée du nouveau mode de régulation néolibéral.

Les critiques de la médiation institutionnelle

Ce n'est pas un hasard si la nouvelle philosophie d'intervention, qui met l'accent plus que jamais sur la responsabilisation et l'autonomie des groupes et des individus, se développe en parallèle avec la remise en question du modèle de prise en charge institutionnelle qui s'est mis en place dans l'après-guerre. Dans la foulée de la crise du providentialisme apparaît en effet un discours alternatif qui met l'accent sur l'incapacité des agences étatiques à assurer la promotion de la solidarité sociale. On dénonce de plus en plus le caractère paternaliste, dirigiste et technocratique des politiques sociales créées pour venir en aide aux individus en déficit d'intégration. On revendique alors pour les bénéficiaires une plus grande autonomie au regard des institutions publiques, leur accordant ainsi une plus grande latitude à titre d'agents principaux de changement et de réinsertion.

L'établissement traditionnel offrant des soins aux toxicomanes, dont la figure type demeure l'hôpital ou le centre de réadaptation, est dès lors critiqué dans ce mouvement de remise en question des pratiques d'intervention jugées trop directives. On remet en question l'efficacité et la légitimité de ces espaces d'intervention, en insistant particulièrement sur le fait que ces dispositifs ont pour impact de freiner l'autonomie individuelle et de court-circuiter les initiatives dynamiques des acteurs de la scène locale. Une prise en charge par les institutions publiques, croit-on, ne peut conduire qu'à une dépendance accrue des individus face aux agences étatiques. Ce discours d'inspiration clinique, rejoint en fait celui plus politique des tenants d'une réforme plus générale des programmes sociaux, pour lesquels il faut de toute urgence revoir la portée de certains

régimes de prestation de services et de ressources, puisqu'ils ont pour impact d'engourdir l'initiative individuelle de ceux qu'ils visent à émanciper. Par exemple, c'est exactement en ces termes que l'on souligne, dans le rapport présenté en 1994 par le gouvernement fédéral canadien et intitulé *La sécurité sociale dans le Canada de demain*, que l'une des principales raisons de revoir en profondeur le système de sécurité sociale est qu'il entretient chez les bénéficiaires une propension à la passivité. « [L]e système a tendance à couper les ailes de ceux qui font appel à ses services [...] Notre système actuel de sécurité sociale semble presque conçu pour créer la dépendance chez ses bénéficiaires au lieu de les aider à s'intégrer au monde du marché du travail » (Canada, 1994 : 23). On déplore ainsi les effets autonicides des programmes sociaux, en insistant sur le fait que le modèle institutionnel providentialiste encourage la passivité chronique des individus en déficit d'intégration.

En parallèle à cette critique des pratiques institutionnelles, on assiste à une remise en question de la primauté de l'expertise professionnelle comme principal outil de changement et de réinsertion sociale. On dénonce en fait la dictature des professionnels du comportement, au profit d'un retour de la prise de parole des individus appelés à bénéficier de ces services. Une plus grande autonomie accordée aux bénéficiaires au cœur même du processus clinique conduit à la mise en place de nouvelles modalités dans les rapports entre le client et le thérapeute. Or, ce redéploiement des rôles au sein du contrat thérapeutique renvoie aussi à un discours politique plus général qui entretient une méfiance face à la *raison abstraite* — par opposition à l'expérience pratique du monde vécu — qui s'incarnerait aussi bien dans les mécanismes de régulation étatiques que dans les grandes tentatives théoriques qui ont dominé sous le providentialisme¹³. En proposant de resituer le client au cœur même du processus de soins, les partisans d'une approche de réduction des méfaits s'inscrivent dans un discours dominant selon lequel le savoir théorique et technocratique porté par les thérapeutes professionnels ne serait plus en mesure de reconnaître la valeur des connaissances pratiques du bénéficiaire. La relation thérapeutique traditionnelle, qui reposait en quelque sorte sur une certaine forme de paternalisme professionnel — dont la figure emblématique demeure le médecin spécialiste — doit s'estomper au profit d'une relation plus égalitaire fondée sur une plus grande réciprocité entre l'intervenant et le bénéficiaire.

L'instauration de ces nouvelles modalités thérapeutiques se heurtant à davantage de résistances au sein des établissements institutionnels de prise en charge, il revient donc aux agences locales et communautaires de développer ce type de service. On mise plus que jamais sur les aidants naturels, présents de façon spontanée dans le milieu, pour offrir aux bénéficiaires le soutien dont ils ont besoin pour développer une plus

13. Comme en témoignent toutes les critiques de l'entreprise théorique réformiste (de Parsons à Keynes) aux États-Unis et en France dans les années 1960 ; tout comme celles qui, avec le postmodernisme et le post-structuralisme des années 1980, vont discréditer les efforts de théorisation générale en annonçant la fin des « méta-récits ».

grande autonomie. On en vient également à dénoncer la place trop importante accordée à l'assistance professionnelle, assistance qui aurait pour conséquence, encore une fois, de neutraliser le riche potentiel clinique des mécanismes sociétaux de contrôle. C'est ce qui conduit certains auteurs à revendiquer, dès le début des années 1980, un délestage en règle des responsabilités des intervenants institutionnels vers les aidants naturels du milieu :

En somme, le professionnalisme formalisé doit remettre la responsabilité au citoyen et, à partir d'une attitude de respect intégral, veiller à stimuler l'aide naturelle là où elle est insuffisante, la supporter [sic] et lui fournir les ressources manquantes lorsqu'elle est discontinuée et vacillante, et en redistribuer la charge lorsqu'elle est trop lourde. (Guay, 1982, p. 26-27)

Il s'agit selon nous d'une autre illustration de la foi dans les capacités naturelles du milieu à générer les règles les mieux adaptées au contexte du bénéficiaire ; d'un autre exemple du renversement de la perspective providentialiste à l'intérieur de laquelle l'État, et par là l'ensemble de la communauté, avait la responsabilité de pallier ces problèmes par la prise en charge collective des risques sociaux.

À cet égard, il nous semble évident que la réduction des méfaits répond particulièrement bien aux nouveaux impératifs de la régulation néolibérale. Pour être efficace, l'intervention doit désormais viser l'émancipation du bénéficiaire à la fois du complexe institutionnel et de l'expertise professionnelle qui lui est associée. C'est pourquoi on trouve, dans de nombreux programmes d'*empowerment*, cette critique en règle du paternalisme professionnel et institutionnel associé à la prise en charge héritée du providentialisme. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette tendance s'inscrit également dans le discours scientifique qui tend à rejeter le savoir abstrait, issu de la médiation institutionnelle, au profit du savoir pratique local.

C'est donc dans ce contexte de dénonciation des effets délétères de la régulation publique institutionnelle que les stratégies d'*empowerment* vont apparaître comme le passage obligé de la nouvelle régulation de la pratique psychotrope. Ce glissement vers un nouveau régime de régulation des conduites est particulièrement frappant à l'analyse de la difficile articulation entre les stratégies de réduction des méfaits et les établissements plus traditionnels de prise en charge de la toxicomanie qui font toujours partie du paysage thérapeutique actuel (Landry et Lecavalier, 2003). Cet arrimage est particulièrement problématique, du fait que la pratique psychotrope y est définie selon des perspectives très éloignées l'une de l'autre et que la prestation des soins s'y effectue selon des modalités fort différentes. Mais ce qui rend cette articulation encore plus difficile, c'est aussi le fait que la réduction des méfaits, telle que développée dans la mouvance actuelle, peut difficilement s'ouvrir à une institutionnalisation de ses pratiques dans la mesure où la médiation institutionnelle apparaît comme le premier obstacle au projet d'émancipation individuelle. Malgré la volonté véritable des intervenants institutionnels dans l'amorce d'un virage de réduction des méfaits, cette articulation pose des défis considérables par ce refus de la médiation institutionnelle et de la critique

inhérente au modèle au regard des pratiques plus traditionnelles de réadaptation et de prise en charge.

La promotion de la participation citoyenne

S'inscrivant dans une critique en règle du régime providentialiste, ce discours d'émancipation s'appuie également sur l'idée que les règles du vivre-ensemble, pour être légitimes, doivent dorénavant émerger de l'expérience des acteurs, de l'échange des savoirs pratiques et des réseaux informels locaux. Dans ce contexte, une tentative d'intervention institutionnelle et étatique aurait pour effet de subtiliser au citoyen cet espace d'autonomie et de liberté, nécessaire à l'émergence spontanée des règles de conduite. La méfiance à l'égard de toute forme de médiation institutionnelle ainsi que l'appel à une autogestion localisée des rapports sociaux s'inscrit dans une tendance plus lourde d'émancipation citoyenne qui dépasse le champ des stratégies d'*empowerment*. La période contemporaine constitue en effet un terreau fertile pour l'instauration d'un discours contestataire qui invite à une prise en charge des mécanismes de régulation par les milieux locaux, et ce, au nom de la défense d'une démocratie directe et participative. Dans cet esprit, les stratégies d'*empowerment* se posent alors comme un outil efficace de réappropriation du pouvoir aux mains des citoyens, se manifestant désormais sous les traits des techniques de production et de promotion de la citoyenneté (Cruikshank, 1999). Les exemples sont nombreux où la figure maintenant emblématique du citoyen est désormais mise en avant pour représenter cette reprise en charge par les individus des règles qui encadrent leurs propres pratiques. Pensons en particulier au discours du mouvement altermondialiste qui partage les thématiques et un ensemble de convictions avec le discours clinique de l'*empowerment* : la critique de la régulation étatique, une définition des rapports sociaux selon une perspective en réseau, la prépondérance des savoirs pratiques locaux dans le rejet du savoir abstrait, la centralité de la participation et de l'autocontrôle des individus (Bellerose, 2003). Pensons aussi aux critiques auxquelles font face, depuis une trentaine d'années, les institutions de la démocratie représentative ainsi qu'aux tentatives, au Québec comme en Colombie-Britannique, de réforme des institutions démocratiques qui, dans des modalités différentes, visent à redonner « [l]e pouvoir aux citoyens et aux citoyennes¹⁴ ». Les impératifs de représentativité et de démocratie participative, facettes les plus déterminantes du discours de l'*empowerment*, s'inscrivent dans une tendance qui traverse l'ensemble de la pensée critique contemporaine, plaçant cette posture émancipatrice au cœur de la nouvelle revendication sociale. Exercer à fond son rôle de citoyen, c'est d'abord se libérer du paternalisme des institutions technocratiques qui freinent l'autonomie.

14. Titre du document de réflexion populaire, publié dans le cadre du projet de réformes des institutions démocratiques du gouvernement du Québec (Québec, 2002).

CONCLUSION

Qu'il se manifeste à une échelle collective ou individuelle, l'*empowerment* représente un espace privilégié pour analyser les transformations qui se produisent depuis quelques décennies dans la régulation des conduites humaines. Ces nouvelles stratégies visent en fait à stimuler l'autonomie afin de conduire les individus et les groupes à une plus grande autonomie au regard des contraintes sociales et institutionnelles qui auparavant régissaient leur existence. En ce sens, l'*empowerment* illustre l'expression la plus radicale de l'émancipation politique du sujet si chère à la modernité, mais dans sa compréhension libérale. Prenant en considération les différents niveaux de régulation des conduites, ces transformations se présentent comme le renforcement des mécanismes d'autocontrôle et de contrôle sociétal, au détriment des mécanismes d'hétérocontrôle mis en place sous le régime providentialiste. Les stratégies de réduction des méfaits doivent ainsi être considérées comme la manifestation particulière d'une reconfiguration des rapports entre l'État et les individus, dans la foulée du virage néolibéral qui caractérise les sociétés occidentales de la fin du xx^e siècle.

À cet égard, nous soutenons l'idée que la popularité grandissante des stratégies de réduction des méfaits dans le champ de la régulation des pratiques psychotropes — particulièrement sous la forme des programmes d'*empowerment* — peut s'expliquer à la lumière des transformations plus générales qui s'instaurent dans le domaine de la régulation des conduites. La critique ambiante du modèle institutionnel de prise en charge et la montée du discours émancipateur visant l'autonomie des agents face aux mécanismes d'hétéro-régulation auraient ainsi permis l'expansion rapide de cette nouvelle philosophie d'intervention. Les résultats de cette analyse nous autorisent à considérer ces stratégies particulières comme l'expression clinique d'une nouvelle façon de concevoir la nature des rapports qui unissent les individus en société.

Cette mise en contexte des transformations dans le champ de la régulation de la pratique psychotrope peut dès lors nous aider à mieux saisir les difficultés sur lesquelles semblent se buter la mise en place au Canada d'une véritable politique intégrée de réduction des méfaits. Puisant ses origines dans des initiatives des acteurs communautaires, le modèle de réduction des méfaits éprouve beaucoup de difficulté à évoluer vers une mise en forme institutionnelle au sein des agences publiques de l'État. Ces difficultés, à la lumière de ce que nous avançons dans le cadre de cet article, prennent alors une signification toute particulière. Comment en effet dépasser ce paradoxe d'une prise en charge institutionnelle de pratiques qui se sont elles-mêmes constituées autour d'une critique en règle — voire d'un refus — de la prise en charge institutionnelle des conduites humaines? Bien que plusieurs voient dans la mise sur pied d'une politique intégrée de réduction des méfaits une solution prometteuse au régime restrictionniste de la prohibition, force est de constater que cette troisième voie semble prise au piège de son fondement contestataire. Suivant toujours nos intuitions de départ quant à la consolidation de cette nouvelle façon de réguler les pratiques psychotropes, la récupération politique des stratégies de réduction des méfaits pourrait aboutir, au mieux, à une

certaine forme de partenariat entre l'institutionnel et le communautaire ou, au pire, à un délestage important des activités de prise en charge entre les mains des acteurs de la sphère privée. Peu importe la voie qui serait alors privilégiée, elle s'inscrirait en fait dans le mode de régulation propre au néolibéralisme.

RÉSUMÉ

Le champ de la régulation de l'usage des drogues a connu des transformations majeures au cours des dernières décennies. Ces transformations se sont particulièrement manifestées par l'engouement pour les stratégies de réduction des méfaits et la prolifération des techniques et programmes d'*empowerment*. L'objectif de cet article est d'analyser la popularité accrue de ces nouvelles stratégies d'intervention à la lumière des transformations plus globales que marque le passage d'un mode de régulation providentialiste à un mode de régulation néolibéral. Cette analyse nous conduit à identifier deux thématiques réciproques de cette nouvelle forme de régulation, soit la critique du modèle institutionnel de type providentialiste et la promotion de la participation citoyenne. Cette analyse nous permet de poursuivre plus avant une réflexion sur la manière dont sont définies ces nouvelles dynamiques émancipatrices à l'ère du néolibéralisme.

ABSTRACT

Regulation of drug use has undergone major changes in the last few decades. These changes have been marked in particular by a vigorous campaign to develop crime reduction strategies and by the proliferation of techniques and programs of empowerment. The aim of this paper is to analyze the growing popularity of these new intervention strategies in light of the more global changes that are marked by the switch from a providentialist to a neoliberal method of regulation. This analysis leads us to identify two reciprocal themes of this new form of regulation, namely the critique of the providentialist-type institutional model and the promotion of citizen participation. This analysis leads us to an in-depth reflection on the way in which these new emancipatory dynamics are defined in the age of neoliberalism.

RESUMEN

El campo del reglamento del uso de las drogas conoció transformaciones principales durante las últimas décadas. Estas transformaciones especialmente se manifestaron por el entusiasmo para las estrategias de reducción de las fechorías y la proliferación de las técnicas y programas de empowerment. El objetivo de este artículo consiste en analizar el mayor renombre para estas nuevas estrategias de intervención a la luz de las transformaciones más globales que señala el paso de un método de reglamento providencialista a un método de reglamento neoliberal. Este análisis nos conduce a definir dos temas recíprocos de esta nueva forma de regulación, o sea la crítica del modelo institucional de tipo providencialista y la promoción de la participación ciudadana. Este análisis nos permite proseguir más antes de una reflexión sobre la manera en que se definen estas nuevas dinámicas emancipadoras a la era del neoliberalismo.

BIBLIOGRAPHIE

- BAISTOW, K. (1995), « Liberation and Regulation ? Some Paradoxes of Empowerment », *Critical Social Policy*, vol. 42, p. 34-46.
- BARRY, A., T. OSBORNE et N. ROSE (1996), *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government*, Chicago, University of Chicago Press.
- BEAUCHEMIN, J. (1997), « Les formes de l'État et la production de l'éthique sociale dans la perspective de la sociologie politique », *Politique et société*, vol. 16, n° 2, p. 37-89.
- BEAUCHESNE, L. (2000), « Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues », in *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume III*, sous la direction de P. BRISSON, Montréal, Gaëtan Morin, p. 73-99.
- BELLEROSE, C. (2003), *L'interaction autorégulée ou les assises paradigmatiques du néolibéralisme: les rapports entre la nouvelle théorie sociale et le discours du Mouvement pour une autre mondialisation*, Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- BERGERON, H. (1999), *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BOURQUE, G. et J. DUCHASTEL (1992), « Le discours politique néolibéral et les transformations actuelles de l'État », *Discours social*, vol. 4, n° 3-4, p. 77-95.
- BOURQUE, G. et J. DUCHASTEL (1988), *Restons traditionnels et progressifs. Pour une nouvelle analyse du discours politique. Le cas du régime Duplessis au Québec*, Montréal, Boréal.
- BRETON, M. (1994), « Relating Competence: Promotion and Empowerment », *Journal of Progressive Human Services*, vol. 5, n° 1, p. 27-44.
- BRODEUR, C. (1984), « Un projet d'action sociopolitique », in *L'intervention des réseaux*, sous la direction de C. BRODEUR et R. ROUSSEAU, p. 48-69, Montréal, France-Amérique.
- BRISSON, P. (1997), *L'approche de réduction des méfaits: sources, situations, pratiques*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- CANADA (1994), *La sécurité sociale dans le Canada de demain*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- CARRIER, N. et B. QUIRION (2003), « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites: la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation », *Drogues, Santé et Société*, vol. 2, n° 1, p. 9-73.
- CASTEL, R. (1998), *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions Universitaires Fribourg Suisse.
- CASTEL, R. et A. COPPEL (1991), « Les contrôles de la toxicomanie », in *Individus sous influence: Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, sous la direction d'A. EHRENBERG, Paris, Éditions Esprit, p. 237-256.
- CLEMENT, M. et H. OUELLET (1992), « Problématiques psychosociales et notion de risque: une perspective critique », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, p. 113-127.
- COPPEL, A. (2002), *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.
- CRUIKSHANK, B. (1999), *The Will to Empower: Democratic Citizens and Other Subjects*, Ithaca, Cornell University Press.
- DALLAIRE, N. et C. CHAMBERLAND (1996), « Empowerment, crise et modernité », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 15, n° 2, p. 87-107.
- DECORTE, T. (2003), « Drogues et self-control: l'impact d'une politique répressive formelle sur les processus spontanés d'autorégulation », in *L'usage pénal des drogues*, sous la direction de D. KAMINSKY, Bruxelles, De Boeck Université, p. 277-297.
- DIXON, K. (1998), *Les évangélistes du marché: les intellectuels britanniques et le néo-libéralisme*, Paris, coll. « Raisons d'agir ».
- DOLAN, E.G. (1976), *The Foundations of Modern Austrian Economics*, Kansas City, Sheed & Ward.
- EHRENBERG, A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- ERICKSON, P.G., D. RILEY, Y.W. CHEUNG et P. O'HARE (1997), *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, Toronto, University of Toronto Press.

- ESCOHOTADO, A. (1995), *Histoire élémentaire des drogues : des origines à nos jours*, Paris, Éditions du Léopard.
- FALLU, J.-S. (2001), « Drogue et culture techno : une approche alternative », *Religiologiques*, vol. 24, p. 115-124.
- FAUGERON, C. et M. KOKOREFF (2002), *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- GRAY, J. (1986), *Hayek on Liberty*, New York, Basil Blackwell.
- GUAY, J. (1982), « L'intervenant social face à l'aidant naturel », *Santé mentale au Québec*, vol. 7, n° 1, p. 21-27.
- GUÉDON, M.-C. (1984), « Les réseaux sociaux », in *L'intervention des réseaux*, sous la direction de C. BRODEUR et R. ROUSSEAU, Montréal, France-Amérique, p. 16-35.
- HANNAH-MOFFAT, K. (2000), « Prisons that Empower: Neo-liberal Governance in Canadian Women's Prisons », *British Journal of Criminology*, vol. 40, p. 510-541.
- HAYEK, F.A. (1985), *La route de la servitude*, Paris, Presses Universitaires de France.
- HAYEK, F.A. (1979), *Law, Legislation and Liberty*, Chicago, University of Chicago Press.
- HEATHER, N., A. WODAK, E. NADELMANN et P. O'HARE (1993), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, London, Whurr Publishers.
- JAUFFRET-ROUSTIDE, M. (2004), *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*, Paris, La Documentation française.
- LANDRY, M. et M. LECAVALIER (2003), « L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie », *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, p. 261-294.
- LEBOSSÉ, Y. (2004), « De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, p. 30-51.
- MACQUET, C. (2003), « L'échange social et la régulation des déviations à l'aube de la (possible) postmodernité », in *L'usage pénal des drogues*, sous la direction de D. KAMINSKY, Bruxelles, De Boeck Université, p. 299-323.
- MARLATT, G.A. (1998), *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, New York, Guilford Press.
- MUGFORD, S. (1993), « Social Change and the Control of Psychotropic Drugs: Risk Management, Harm Reduction and Postmodernity », *Drug and Alcohol Review*, vol. 12, n° 3, p. 369-375.
- MUGFORD, S. (1991), « Controlled Drug Use Among Recreational Users: Sociological Perspectives », in *Self-Control and the Addictive Behaviours*, sous la direction de N. HEATHER, W.R. MILLER et J. GREELEY, Botany (Australia), Maxwell Macmillan Publications, p. 243-261.
- NINACS, W.A. (1995), « Empowerment et service social : approches et enjeux », *Service social*, vol. 44, n° 1, p. 69-94.
- O'MALLEY, P. (1999), « Consuming Risks: Harm Minimization and the Government of Drug-users », in *Governable Places: Readings on Governmentality and Crime Control*, sous la direction de R. SMANDYCH, Aldershot (G.B.), Dartmouth Publishing, p. 191-214.
- OTERO, M. (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*, (Québec), Presses de l'Université Laval.
- QUÉBEC (2002), *Le pouvoir aux citoyens et aux citoyennes : document de réflexion populaire*, Québec, ministre responsable de la réforme des institutions démocratiques.
- QUIRION, B. (2003), « From Rehabilitation to Risk Management: The Goals of Methadone Programmes in Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, p. 247-255.
- QUIRION, B. (2002), « Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviante et société*, vol. 26, n° 4, p. 479-495.
- RHODES, T. (2002), « The Risk-Environment: A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm », *International Journal of Drug Policy*, vol. 13, p. 85-94.
- RILEY, D. (1996), *The Harm Reduction Model*, Toronto, Harm Reduction Network.
- STAPLES, L.H. (1990), « Powerful Ideas About Empowerment », *Administration in Social Work*, vol. 14, n° 2, p. 29-42.