

Nouvelles pratiques sociales



Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine L'exemple du site d'injection supervisée Insite dans le Downtown East Side à Vancouver

Jonathan Glendenning

Volume 28, numéro 1, printemps 2016

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1039181ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1039181ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Glendenning, J. (2016). Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine : l'exemple du site d'injection supervisée Insite dans le Downtown East Side à Vancouver. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(1), 195–210. <https://doi.org/10.7202/1039181ar>

Résumé de l'article

Insite est un site d'injection supervisée destiné à la population d'utilisateurs de drogues injectables du Downtown Eastside à Vancouver. Dans une perspective foucauldienne, cet article analyse le processus de régulation des conduites de ses utilisateurs par la mise en œuvre de « pratiques divisantes » et par l'implantation d'un « espace disciplinaire ». Il propose de déterminer comment *Insite* relaie dans leurs conduites concrètes la normativité sociale associée à la philosophie de réduction des méfaits par l'intériorisation des normes d'autonomie et de responsabilité individuelle de même que par la surveillance de l'appropriation d'une technique d'injection médicalement conforme.



PERSPECTIVES ÉTATIQUES

Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine :

*l'exemple du site d'injection supervisée Insite
dans le Downtown East Side à Vancouver*

Jonathan GLENDENNING
Candidat au doctorat en sociologie
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Insite est un site d'injection supervisée destiné à la population d'usagers de drogues injectables du Downtown Eastside à Vancouver. Dans une perspective foucauldienne, cet article analyse le processus de régulation des conduites de ses usagers par la mise en œuvre de « pratiques divisantes » et par l'implantation d'un « espace disciplinaire ». Il propose de déterminer comment *Insite* relaie dans leurs conduites concrètes la normativité sociale associée à la philosophie de réduction des méfaits par l'intériorisation des normes d'autonomie et de responsabilité individuelle de même que par la surveillance de l'appropriation d'une technique d'injection médicalement conforme.

Mots-clés : Régulation des conduites, pratiques divisantes, réduction des méfaits, espace disciplinaire, Insite

Insite is a supervised injection site dedicated to the injecting drug user population of the Downtown Eastside in Vancouver. On a Foucauldian perspective, this article analyzes the regulation process of its users behavior through the implementation of « dividing practices » and a « disciplinary space ». It proposes to determine how Insite relays in their concrete conducts the social normativity associated with the philosophy of harm reduction by the internalization of autonomy and individual responsibility and by monitoring the appropriation of a medically approved injection technique.

Keywords: Regulated behaviours, dividing practices, harm reduction, disciplinary space, Insite

Situé dans le Downtown Eastside (DTES) à Vancouver en Colombie-Britannique, *Insite* est un site d'injection supervisée (SIS) implanté en 2003 et destiné à un noyau dur d'utilisateurs de drogues injectables (UDI). Il est un établissement de santé légal et contrôlé où les UDI peuvent s'injecter des drogues qu'ils se sont au préalable procurées sous la surveillance d'un personnel médical. Les UDI peuvent aussi y recevoir des soins médicaux, être conseillés et orientés vers des services sociaux, de santé et de traitement de la toxicomanie (Ogborne *et al.*, 2008, p. 2). S'appuyant sur une stratégie de réduction des méfaits (RDM), *Insite* vise à atteindre une population difficile à rejoindre pour les intervenants traditionnels (French *et al.*, 2000) et exposée aux risques sanitaires induits par ses pratiques d'injection inadéquates (Kerr *et al.*, 2004). Plus efficace dans la gestion des pratiques d'injection et plus à même de rejoindre une clientèle cible que l'abstinence rebute, les SIS constituent un dispositif d'avant-garde dans la régulation de l'usage des drogues injectables (Broadhead *et al.*, 2002).

Si son aspect novateur, son efficacité et son rapport coût-bénéfice ont été étudiés et démontrés, l'étude du sujet de la régulation qu'*Insite* interpelle et constitue quotidiennement dans ses pratiques et son discours occupe une place négligeable dans les travaux consacrés à son analyse. Dans une perspective foucauldienne, j'interroge la manière par laquelle des comportements deviennent un problème social et comment le site *Insite* construit et reconduit certaines identités dans le cadre de son intervention. Ainsi, cet article se propose de répondre à quatre questions. De quelle manière le quartier du DTES et sa population d'UDI posent problème? Qui est le sujet de l'intervention?

Qu'est-ce qui est exigé de lui? Qu'est-ce qu'un dispositif comme *Insite* peut nous révéler sur les dynamiques de la normativité sociale contemporaine? Pour ce faire, je m'appuie sur une analyse critique des articles produits dans le cadre de l'étude nommée SEOSI¹, ayant pour mandat de démontrer scientifiquement la pertinence et l'efficacité d'*Insite*. Les rapports du plan de revitalisation du DTES, l'*Accord de Vancouver*, sont également mis à contribution, afin de saisir la trame urbaine dans laquelle s'inscrit l'implantation du site.

LE PROBLÈME DU DTES ET DE SA POPULATION

Le contexte d'implantation d'*Insite* et ses principes de légitimation *tant officiels qu'officiels* éclairent le premier processus de la régulation des conduites, à savoir l'identification-définition de certaines conduites comme posant problème et incitant de fait à l'intervention (Otero, 2000, p. 17). Par un processus de désignation sociale (Becker, 1985), les problèmes sanitaires, sécuritaires et économiques du DTES sont imputés à la population d'UDI du quartier. Les pratiques d'injection médicalement non conformes des UDI sont ensuite identifiées et définies comme étant la source du problème sur laquelle intervenir. L'identification-définition de ces conduites problématiques s'opère par la mise en œuvre de « pratiques divisantes » (Foucault, 1984, p. 297), traçant une frontière entre le Même et l'Autre ou, pour ce qui est des UDI du DTES, entre les pratiques d'injections conformes et non conformes. Ces dernières sont identifiées comme s'écartant de la norme, c'est-à-dire d'une moyenne (Canguilhem, 1966) de comportements attendus chez les UDI qui sert de point de repère normatif aux différents intervenants concernés. Dans ce cas-ci, la non-conformité fait référence à un déficit d'autonomie et de responsabilité dans les pratiques d'injection des UDI. Se référant à la normativité contemporaine comme son envers à normaliser, la manière par laquelle certaines conduites posent problème dans le DTES est révélatrice de ce qui constitue la façon contemporaine d'être un individu, à savoir « l'individualité ordinaire » (Otero, 2005). À partir de ce premier processus de régulation des conduites, j'aborderai le problème que constitue le DTES. Ensuite, il sera question de la manière par laquelle la population d'UDI est identifiée comme la source des différentes « crises » auxquelles est confronté le DTES. Finalement, j'exposerai les conduites identifiées comme problématiques chez cette population, conduites dont *Insite* fait son objet d'intervention.

1. Scientific Evaluation of Supervised Injecting (SEOSI).

LE DTES

Quartier le plus défavorisé en Amérique du Nord, le DTES s'étend sur un territoire d'à peine 2 km² situé au cœur de la ville de Vancouver. Il est le lieu où se concentre une population marginalisée d'UDI estimée à près de 5000 individus dont 20 % sont des personnes en situation d'itinérance et 38 % sont des travailleurs du sexe (Ogborne *et al.*, 2008, p. 15, Small *et al.*, 2011, p. 744). Dans une certaine mesure, le concept de « ville publique » (Dear, 1980) expliquerait la forte densité de cette population marginalisée. La concentration spatiale des services qui lui sont destinés concentrerait également les individus qui en sont bénéficiaires, exacerbant la ghettoïsation de ce quartier en perpétuant une « florissante industrie de la pauvreté » (Smith 2002, p. 505). Les effets collatéraux de cette « ville publique », jumelés à l'abandon progressif du quartier par les acteurs économiques traditionnels dans les années 1980, auraient érodé la viabilité économique de ce quartier et pavé la voie à l'arrivée des narcotrafiquants et des proxénètes – le DTES devenant graduellement une piquerie à ciel ouvert (Accord de Vancouver, 2010, p. 20). De par la forte densité de ses populations marginalisées, le DTES est considéré comme un quartier problématique exigeant une intervention.

LA POPULATION D'UDI

Depuis la fin des années 1980, la population d'UDI pose problème aux autorités de la ville de Vancouver et de la Colombie-Britannique d'un point de vue sanitaire, fiscal, sécuritaire et immobilier. Ces dimensions, dans lesquelles se décline le phénomène de l'usage de drogues injectables dans le DTES, ont toutefois un point en commun : elles font des pratiques d'injections non conformes la source du problème à endiguer. Les coûts associés à ces pratiques pour l'État, les risques de contagion et le sentiment d'insécurité engendré par les injections publiques et le frein que cette population aux pratiques dérangeantes constitue pour la revitalisation économique du quartier sont autant d'éléments avancés pour légitimer l'implantation d'un SIS (Fischer *et al.*, 2004).

CRISE SANITAIRE

Au cours des années 1990, la population d'UDI de la province fut particulièrement affectée par une hausse vertigineuse des décès par surdose (412 en 1998 contre 39 cas en 1988), des taux de VIH/sida (entre 23 % et 30 % des UDI) et d'hépatite C (88 % des

UDI) (Kerr, 2000, p. 10). Ces indicateurs illustrent qu'il s'agit de la population d'UDI la plus affectée au Canada. Durant cette décennie, les cas d'infections de tuberculose, de syphilis et d'hépatite A ont également atteint un taux de prévalence épidémique, tandis que les cas d'endocardite, de septicémie et d'abcès de la peau nécessitant hospitalisation étaient fréquents au sein de cette population (Kerr, 2000, p. 15). C'est dans ce contexte qu'en 1997 l'état d'urgence en santé publique est déclaré par les pouvoirs provinciaux, faisant des pratiques d'injection non conformes le problème à endiguer. Comme le résumait un juge de première instance de la Colombie-Britannique devant statuer sur la survie d'*Insite* : « Ce n'est pas l'injection de drogues elle-même, mais l'usage non sanitaire d'équipements, de techniques et de procédures pour l'injection qui permettent la transmission d'infections » (Noël, *et al.*, 2009, p. 34).

CRISE FISCALE

Considérés comme une véritable « crise fiscale » (Wood *et al.*, 2003, p. 129), les coûts associés à l'usage de drogues injectables sont présentés dans les études du SEOSI comme des arguments légitimant l'implantation d'*Insite*. En 2006, il est estimé que le coût du traitement médical d'une personne infectée par le VIH/sida, sur la base d'une espérance de vie de dix ans, se situe entre 150 000 \$ et 250 000 \$ (Andresen et Boyd, 2010, p. 2). Quant aux années de productivité perdues suite à un décès par surdose ou causé par le VIH/sida, elles priveraient l'économie provinciale de 660 000 \$ pour le premier et de 500 000 \$ pour le second type de décès (Andresen et Boyd, 2010, p. 4). L'entretien des services ambulanciers pour les interventions en cas de surdose, quant à lui, s'élève à 500 000 \$ annuellement (Wood *et al.*, p. 129). À ces dépenses, il faut ajouter celles associées à la répression des utilisateurs. À titre d'exemple, entre 1995 et 2001, le financement des services policiers dans le DTES est passé de 6,7 à 11,2 millions de dollars (Wood *et al.*, p. 129). Si l'on considère le coût opérationnel d'*Insite*, estimé à 1,5 millions par année, le ratio coûts/bénéfices d'une telle entreprise se situe à 5,12. Son implantation permet ainsi des économies annuelles estimées à 7,56 millions de dollars (Andresen et Boyd, p. 12).

CRISE SÉCURITAIRE ET REVITALISATION URBAINE

Les méfaits associés à l'usage de drogues injectables dans le DTES, comme le matériel d'injection abandonné dans les ruelles et les parcs du quartier, la consommation dans les

lieux publics et les diverses activités illicites qui lui sont associées sont à contextualiser dans la trame urbaine dans laquelle elles se déploient. Les nuisances publiques et le sentiment d'insécurité que suscitent les UDI pour les entreprises et les futurs résidents (Broadhead *et al.*, 2002, p. 341) sont considérés comme des freins à la revitalisation du quartier (Smith, p. 507). En effet, depuis la fin des années 1980, le DTES est témoin d'un phénomène paradoxal de revitalisation/dévitilisation. Les secteurs de Gastown et Victoria Square se revitalisent, devenant un lieu à fort potentiel de développement immobilier, tandis que le reste du quartier se paupérise. Ce phénomène exacerbe la concentration et la visibilité des populations marginalisées dans le reste du DTES, tout en le pressurant comme site de développement urbain futur (Smith, p. 506).

Conclu en 2000 à la faveur de la crise sanitaire susmentionnée, le plan de revitalisation économique du DTES, *l'Accord de Vancouver*, se veut une solution aux différentes difficultés auxquels est confronté le quartier (L'Accord de Vancouver, 2010, p. 7). À cet égard, il est révélateur de la manière par laquelle ce quartier et sa population marginalisée posent problème d'un point de vue économique et sécuritaire. Selon ses promoteurs :

La collectivité en croissance doit être capable d'accueillir du sang neuf, tout en répondant aux besoins et aux aspirations des entreprises et des résidents de longue date. Le défi était de revitaliser le quartier sans porter atteinte à ceux qui en formaient l'âme. [...] Sans l'établissement d'un sentiment de sécurité, la spirale de la criminalité ne peut être inversée et la guérison ne peut commencer. Pour assurer la revitalisation sociale et économique du DTES, le quartier doit être sûr à la fois pour ceux qui y vivent, y travaillent et pour ceux qui le visitent (L'Accord de Vancouver, 2010, p. 12, 20).

Si l'on s'en tient à la mise en récit du DTES par les auteurs de *l'Accord de Vancouver*, le concept de « citoyen de longue date » n'inclut pas la population d'UDI apparue tardivement dans le quartier. L'évocation des termes « sang neuf », « revitalisation » et « guérison » témoigne de l'adoption tendancielle par les gestionnaires d'un imaginaire écosanitaire se référant à une métaphore organique de la ville appréhendée comme un corps vivant, ici malade, exigeant régénération et conséquemment revitalisation (Morin *et al.*, 2008, p. 144). Souhaitant promouvoir l'image d'une ville peuplée par une population « jeune, consommatrice et en santé » (Smith, p. 508), cette forme de régulation cible les éléments indésirables et dérangeants

de la trame urbaine occupant les espaces publics et semi-publics (Parazelli, 2010, p. 4). De par leur seule présence, ces populations marginalisées s'opposeraient aux normes économiques du devenir urbain (Parazelli, 2010, p. 7). Il s'agit alors de redonner ces espaces, apparemment subtilisés par ces populations (Broadhead *et al.*, 2002, p. 342), aux citoyens plus « désirables ».

Dans ce contexte, il faut souligner comment les dimensions politique et économique de l'intervention sont recodées dans le langage de la santé publique. Car, si l'injection en public est associée à un risque sanitaire pour les UDI (Small *et al.*, 2007, p. 32), ce risque n'épuise pas à lui seul le problème qu'elle constitue pour les autorités concernées. À cet égard, voici comment s'articulent les dimensions sanitaire et sécuritaire pour les chercheurs du SEOSI :

Les sites d'injection supervisée s'adressent aux problèmes de santé publique que constitue l'injection en public en offrant une venue alternative à la consommation et la capacité du site à s'adresser au problème de sécurité publique en déplaçant les UDI « hors de la rue » est une dimension cruciale de son attrait politique (Small *et al.*, 2007, p. 28).

Alliant paradoxalement des objectifs de santé et de sécurité publique, *Insite* fait des pratiques d'injection non conformes son objet d'intervention. Son contexte d'implantation éclaire la manière par laquelle une institution se présentant officiellement comme un établissement de santé publique peut aussi servir des objectifs à la fois économiques, politiques et sécuritaires. L'intervention s'y inscrit dans les termes d'une biopolitique, forme de gouvernementalité qui s'exerce sur la population, les corps et le vivant qui investit le social par le langage de la santé (Foucault, 2001). D'une certaine manière, *Insite* régule à un niveau technique et conséquemment infrapolitique (Habermas, 1973) un social problématique, à savoir un « psychosocial en danger, dangereux et dérangeant » (Otero, 2007, p. 51).

PRATIQUES D'INJECTIONS ET NORMATIVITÉ SOCIALE

L'identification des pratiques d'injection non conformes comme étant la cause principale des différentes crises auxquelles est confronté le DTES construit l'UDI problématique comme la figure inversée de l'individualité contemporaine, caractérisée par la valorisation de l'autonomie, de la responsabilité et de l'initiative personnelle (Otero,

2005). Certes, la technique médicalement conforme d'injection est médicalement fondée, mais l'intervention d'*Insite* qui s'appuie sur la RDM fait également appel à un type particulier d'individu dépassant les seules considérations techniques. Il s'agit de valoriser l'appropriation de techniques d'injection médicalement conformes par un usager devant se mobiliser, afin de réduire par lui-même les méfaits associés à son usage de drogues. Ce faisant, la RDM construit la figure de l'usager problématique, caractérisé par un manque d'habileté, d'autonomie et de responsabilité quant aux risques associés à ses pratiques d'injection non conformes. Cet usager est identifié comme la source des problèmes du DTES auprès duquel se déploie et se légitime normativement l'intervention d'*Insite*.

L'ASSUJETTISSEMENT ET LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Le deuxième processus de la régulation des conduites est l'assujettissement de l'individu à des identités dans lesquelles il est censé se reconnaître et fonctionner, lui indiquant par le fait même ce qu'il est et ce que l'on exige de lui (Otero, 2000). Cet assujettissement est le produit et la condition de possibilité d'un jeu de savoir/pouvoir qui « classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qui leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux » (Foucault, 2001, p. 1046). À cet égard, l'offre de service chez *Insite* qui s'appuie sur la philosophie de la RDM fait du toxicomane l'acteur principal de sa réhabilitation en tant qu'individu autonome, responsable et capable d'initiatives personnelles.

Se présentant comme amoral (Keane, 2003) et se réclamant du pragmatisme, la philosophie de RDM soutient que l'usage de drogues est un phénomène « naturel » avec lequel il s'agit de composer. Cette posture, doit être mise en relation avec l'urgence induite par l'épidémie susmentionnée. Dans ce contexte, une offre de service uniquement fondée sur la répression de l'usage serait improductive dans la mesure où il s'agit d'intervenir sur le risque sanitaire et les nuisances publiques induites par les UDI toujours actifs. Cette philosophie se réclame également de l'humanisme en fondant sa stratégie d'intervention sur l'*empowerment*. Cette dernière requalifie l'individu en faisant la promotion de ce dernier comme l'acteur principal de l'intervention, à savoir un individu capable de poser volontairement des gestes, afin de réduire par et pour lui-même les conséquences négatives associées à sa consommation (Quirion et Bellerose, 2007, p. 33). Ainsi, même s'il a temporairement perdu le contrôle sur sa consommation, cela

n'implique pas que l'UDI ne soit plus un individu capable de se mobiliser et d'avoir une emprise sur son existence. L'intervention peut alors compter sur l'autonomie, la responsabilité et la capacité d'initiative de l'individu, considérant qu'elles sont : « des compétences bien réelles chez le client, même s'il ne semble pas les exercer actuellement » (Caloen, 2004, p. 83). Cette philosophie attribue ainsi à l'UDI des qualités considérées comme intrinsèques à tout individu, même en difficulté.

Plusieurs critiques ont été adressées à cette philosophie. La logique qui l'anime, la « périllisation », attribue un risque biocorporel aux pratiques d'injection effectuées hors du cadre médical (Carrier et Quirion, 2003). Elle a comme corollaire la construction de l'usager considéré comme un corps source d'infections potentielles qui s'incarne dans la figure stigmatisante de « l'usager vecteur de risques » (Carrier et Quirion, 2003). Ainsi, l'intervention se résumerait alors à « une série d'interventions techniques axées sur les utilisateurs de drogue (eux) pour le bien du public (nous) » (Greig; 1998, p. 25). Cette approche viserait alors la neutralisation de certaines populations et pratiques à risques qui contamineraient « l'honnête citoyen » (Beauchesne, 2000). Elle comporte également un risque de stigmatisation des populations qu'elle dessert en attribuant le fardeau des conséquences de certains problèmes aux personnes elles-mêmes, « indépendamment du fait qu'elles peuvent être coincées dans des réalités bio-psycho-sociales impropres à l'adoption de choix » (Laberge, 2000, p. 165). Est également soulevé l'effet adaptatif que véhicule cette philosophie conceptualisant l'UDI comme un « consommateur gestionnaire » (Soulet, 2003), dont la prise en charge se résume « à la poursuite de l'adaptation unilatérale des sujets à leur environnement lorsqu'il s'agit de mettre au point des stratégies concrètes d'intervention » (Bouchard, 1986, p. 31).

S'il est possible de cerner comment les problèmes du DTES sont imputés aux UDI et que leurs pratiques d'injection non conformes sont identifiées et définies comme problématiques, il s'agit maintenant d'aborder de quelle manière *Insite* tente de relayer la normativité sociale associée à la RDM dans les conduites concrètes des UDI.

INSITE COMME ESPACE DISCIPLINAIRE

Le site d'injection supervisée *Insite* permet aux UDI de consommer des drogues, dans un lieu sécuritaire et hygiénique. Il est ouvert 365 jours par année, 18 heures par jour et est quotidiennement visité 750 fois par des UDI (Small *et al.*, 2011, p. 746). De ces visites,

65 % sont effectués pour l'injection de drogues, les 35 % restants étant en lien avec les divers services sociaux disponibles sur place (Small *et al.*, 2011, p. 746). Ces services sont dispensés par des intervenants sociaux, médicaux et des « pairs aidants », c'est-à-dire d'anciens UDI ou encore des UDI ayant des conduites appropriées en matière de pratiques d'injection (Small *et al.*, 2011, p. 745). L'intervention d'*Insite* se réclame d'une approche écologique soutenant que l'environnement dans lequel s'effectue l'injection peut produire ou réduire les comportements à risque (Small *et al.*, 2007, p. 28). Ainsi, les ruelles du quartier seraient en elles-mêmes porteuses de risques biocorporels, parce qu'elles sont insalubres et exposent les UDI à une répression policière qui les poussent à s'injecter précipitamment. Il s'agit alors de proposer aux UDI un environnement alternatif, propice à l'adoption de comportements d'injections sécuritaires. Cet espace, réfléchi et calculé, s'apparente aux dispositifs disciplinaires décrits par Foucault (1975).

Lorsqu'il se présente à *Insite*, l'UDI doit s'enregistrer et dévoiler la quantité et le type de substance qu'il compte s'injecter. Il doit également signer un formulaire de consentement tout en promettant de se plier au code de conduite de l'institution. Ce n'est qu'ensuite qu'il est autorisé à entrer dans la salle d'injection. Organisée selon un modèle panoptique², cette salle est composée de douze postes d'injection individuels séparés entre eux par des cloisons et disposés en demi-cercle autour du bureau des intervenants. L'usager qui s'y rend est placé face à un miroir dont l'angle de réfraction converge vers le bureau des intervenants qui peuvent ainsi surveiller et corriger la méthode médicalement conforme d'injection. Cette méthode est inscrite dans le code de conduite d'*Insite* et l'enfreindre peut entraîner la suspension du droit de fréquentation (Small *et al.*, p. 746). Après s'être injecté, l'UDI quitte la salle d'injection vers un espace de récupération où son état de santé est surveillé. Il lui est offert un café, aménageant ainsi la probabilité d'un possible contact avec des intervenants sociaux et des pairs aidants. Il est ensuite redirigé vers les rues du DTES.

Si l'on se réfère à la définition de la discipline chez Foucault voulant qu'elle soit une technique de pouvoir qui aménage les probabilités que surviennent certaines conduites plutôt que d'autres en contribuant à la production d'un type déterminé de sujet, *Insite* est un dispositif disciplinaire. L'étude d'*Insite* permet d'observer les quatre éléments d'un dispositif disciplinaire, soit, la répartition spatiale des individus, leur

2. Au sens littéral du terme.

surveillance hiérarchique, le dressage des corps et la tenue d'un registre faisant entrer l'individu dans un champ documentaire (Foucault, 1975, p. 225). En effet, *Insite* constitue un registre personnel sur chaque UDI où sont consignés la fréquence et le type de ses visites effectuées, les services sociaux vers lesquels il est dirigé, de même que le type et la quantité de drogues consommées. Ce champ documentaire le constitue en objet permettant ainsi d'en faire un cas à normaliser tout en contribuant à la production d'un savoir nécessaire au fonctionnement d'un pouvoir disciplinaire. Quant à la salle d'injection, elle rassemble les trois autres éléments de la discipline, à savoir la répartition spatiale des individus, la surveillance hiérarchique de l'injection par les intervenants et le dressage des corps par l'appropriation de la méthode d'injection autorisée. L'acier inoxydable utilisé comme surface pour les postes d'injection, d'ailleurs séparés par des cloisons, s'inspire et reconduit la prescription médicale de l'injection individuelle, stérile et hygiénique. Par sa configuration, la salle d'injection est la matérialisation de l'idéal panoptique, soit une architecture qui serait un opérateur pour la transformation des individus : « agir sur ceux qu'elle abrite, donner prise sur leur conduite, reconduire jusqu'à eux les effets du pouvoir, les offrir à une connaissance, les modifier. Les pierres peuvent rendre docile et connaissable » (Foucault, 1975, p. 202). La salle d'injection supervisée d'*Insite* est ainsi « un opérateur thérapeutique » (Foucault, 1975, p. 203) dans sa matérialité même.

Le déploiement des disciplines chez *Insite* témoigne du processus de « désenfermement » (Castel, 1973, p. 203) par lequel les techniques disciplinaires, jadis cantonnées dans les institutions totalitaires comme l'asile et l'hôpital, s'étendent à l'échelle du corps social pour y être localement récupérées et adaptées. Par la fréquentation de ce dispositif disciplinaire et par ses interactions avec les intervenants et les pairs aidants, entendus en tant que véritables Autrui significatifs (Berger et Luckmann, 2006), l'UDI est amené à prendre connaissance de la normativité sociale et de la distance qui l'en sépare (Otero, 2012, p. 59). C'est cette distance qu'il s'agit ici de réduire par l'inculcation des méthodes appropriées d'injection et par la mise en interaction avec des « agents de la normalité » dans lesquels l'UDI doit, en fin de compte, tenter de se reconnaître.

Considérant sa capacité de produire des sujets par des identités dans le cadre desquelles ils sont censés se reconnaître et fonctionner, ainsi que par sa capacité à aménager les probabilités que surviennent certaines conduites jugées plus adaptées que

d'autres, un dispositif comme le site d'injection supervisée *Insite* rend manifeste le fonctionnement de l'ordre normatif par l'entremise des techniques disciplinaires. Le « tour de force » qu'effectue *Insite* est de réussir à marier une vieille technique de pouvoir, telle que la discipline, avec un modèle d'individu tel que façonné par la normativité contemporaine.

INSITE, LA RDM ET LA NORMATIVITÉ SOCIALE CONTEMPORAINE

La RDM est révélatrice de la transformation récente des modes de régulation des conduites problématiques qui, selon la thèse d'Ehrenberg (1998), s'inscrit dans le passage d'une société marquée par la référence à la discipline, au conflit et à la culpabilité à une société marquée par l'autonomie, la responsabilité et l'initiative. Cette normativité se présente désormais à l'individu comme une multitude d'injonctions sociales faisant office de balises indicatives qui lui montre ce qui est exigé de lui (Otero, 2012, p. 59). L'individu est ainsi soumis à de nouvelles règles sociales qui « régulent sa conduite, autrement que par des principes autoritaires » (Otero, 2003, p. 80). Comme le souligne Ehrenberg :

S'il est vrai que l'autonomie, le fait d'agir de soi-même, est une caractéristique générale de l'action humaine, sur un plan sociologique, on pourrait dire que la norme sociale pousse à acquérir une discipline de l'autonomie. L'obéissance mécanique (« les corps dociles » décrits par Foucault) n'a évidemment pas disparu, mais elle est englobée dans l'initiative (Ehrenberg, 2004, p. 135).

Pour l'UDI de la RDM, cela se traduit par la possibilité de s'adonner à l'usage de drogues dans la mesure où ses pratiques d'injection sont médicalement conformes et effectuées par un individu autonome et responsable de sa condition d'UDI. La manière contemporaine par laquelle l'UDI fait l'expérience de cette « domination ordinaire » s'exprime surtout dans les termes de la « dévolution » (Martucelli, 2004). L'individu est contraint d'accepter sa situation de toxicomane et les périls biocorporels auxquels il est confronté comme une conséquence de ses actions passées. Il est, de fait, responsabilisé entièrement parce que considéré acteur principal de son existence. Incité à se prendre en main, il est contraint d'intérioriser son incapacité à satisfaire les attentes de l'intervention comme un échec personnel. En ce sens, le véritable piège pour l'UDI est qu'il ne peut se défaire de la confiance qui lui est accordée (Martucelli, 2004, p. 493).

CONCLUSION

Cet article se proposait d'étudier comment certains comportements sont étiquetés comme problématiques, processus éclairant la manière d'être un individu aujourd'hui dans la mesure où l'UDI à normaliser incarne la contre-figure de l'individualité ordinaire. Aussi, il tentait de cerner comment s'opère la transformation des individus qui recourent à *Insite*, à la fois, par l'invocation de valeurs positives, comme l'injonction à l'autonomie et la responsabilité individuelle, et par l'entremise de techniques disciplinaires. Bien qu'un site comme *Insite* puisse constituer une alternative aux interventions fondées sur la prohibition de l'usage, il s'agit de questionner les « risques » potentiels que comporte ce type d'approche pour l'UDI. Notamment, par sa tendance à surresponsabiliser l'utilisateur quant à sa quête de solution et à sa condition d'UDI, à individualiser une part des problèmes sociaux et à réduire à un niveau technique la complexité des problèmes vécus par l'UDI du DTES.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRESEN, M. ET BOYD, N. (2010). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal on Drug Policy*, 21(1), 70-76.
- BEAUCHESNE, L. (2000). Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogue. Dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie* (p. 73-99). Montréal : Gaétan Morin.
- BECKER, H. (1985). *Outsiders*. Paris : Métailié.
- BERGER, P. ET LUCKMANN, T. (2006). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Collin.
- BOUCHARD, J.-M. (1986). Désinstitutionnalisation, communautarisation des services et formation des intervenants. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 26-36.
- BROADHEAD, R., KERR, T. ET ALTICE, F. (2002). Safer injection facilities in North America : their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 32, 329-355.
- CALOEN, B. (2004). Dilemmes de l'individualisme: un contexte sociétaire de l'usage de drogues. *Drogues santé et société*, 3(1), 69-86.

- CANGUILHEM, G. (1966). Y a-t-il des sciences du normal et du pathologique? (p. 77-97). Dans *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF.
- CARRIER, N. ET QUIRION, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-30.
- CASTEL, R. (1973). Le grand désenfermement. Dans *Le psychanalisme* (p. 202-234). Paris : Librairie François Maspéro.
- DEAR, M. (1980). The public city. Dans W. Clark et E. Moore (dir.), *Residential mobility and public policy*. Beverly Hills : Sage Publications.
- EHRENBERG, A. (1998). *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit (mai)*, 133-155.
- FISCHER, B., TURNBULL, S., POLAND, B., ET HAYDON, E. (2004). Drug use, risk and urban order: Examining supervised injection sites (SISs) as governmentality. *International Journal of Drug Policy*, 15(5/6), 357-365.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1984). Deux essais sur le sujet du pouvoir. Dans H. Dreyfus et R. Rabinow (dir.), *Michel Foucault. Un parcours philosophique* (p. 297-321). Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, M. (2001). *Dit et Écrits* (vol. II). Paris : Gallimard.
- FRENCH, M., MCGEARY, K., CHITWOOD, D. ET MCCOY, C. (2000). Chronic illicit drug use, health services utilization and cost of medical care. *Social Science and Medicine*, 50, 1703-1713.
- GREIG, A. (1998). La réduction de méfaits aux É.-U., mouvement pour le changement. *Bulletin canadien VIH-SIDA et droit*, 3(4), 24-28.
- HABERMAS, J. (1973). *La technique et la science comme « idéologie »*. Paris : Gallimard.
- JAUFFRET-ROUSTIDE, M. (2004). *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La Documentation française.
- KEANE, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14(3), 227-232.

- KERR, T. (2000). Safe injection facilities : a proposal for a Vancouver pilot project. *Harm Reduction Action Society*. Récupéré de www.cfdp.ca/safei.pdf
- KERR, T., WOOD, E., GRAFSTEIN, E., ISHADA, T., SHANNON, K., LAI, C., MONTANER, J., ET TYNDALL, M. (2004). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27, 62-66.
- L'ACCORD DE VANCOUVER, 2000-2010 FAITS SAILLANTS. (2010). Récupéré de http://www.vancouveragreement.ca/wp-content/uploads/VA2010_Report_08170_FR_4.pdf
- LABERGE, L. (2000). Aspects sociopolitiques de la prévention du VIH auprès des personnes consommant des drogues par injection. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 153-172.
- LANDRY, M. ET LECAVALIER, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 261-294.
- MARTUCCELLI, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 45(3), 469-497.
- MORIN, R., PARAZELLI, M. ET BENALI K. (2008). Conflits d'appropriation d'espace urbains centraux : prendre en compte les modes de relation des groupes d'acteurs. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 142-157.
- NOËL, L., GAGNON, F., BÉDARD, A., DUBÉ, E. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : Analyse critique de la littérature*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec.
- OGBORNE, A., LARKE, B., PLEECAS, D., WALLER, I. ET REHM, J. (2008). *Insite de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche*. Ottawa : Santé Canada. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3215a-fra.php>
- OTERO, M. (2000). Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec : la régulation des conduites. *Sociologie et sociétés*, 32(1), 213-228.
- OTERO, M. (2003). L'intervention en santé mentale : entre le primat du corps et la norme. *Cahiers de recherche en sociologie*, 38, 77-97.
- OTERO, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche en sociologie*, 41-42, 65-89.
- OTERO, M. (2007). Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 51-78.

- OTERO, M. (2012). *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Boréal.
- PARAZELLI, M. (2010). Une gestion écosanitaire de l'urbanité? Le cas des jeunes de la rue à Montréal. Dans I. Danic, S. Depeau et O. David (dir.), *Les enfants et les jeunes dans les espaces du quotidien* (p. 205-220). Rennes : PUR.
- QUIRION, B. ET BELLEROSE, C. (2007). Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 29-50.
- SMALL, W., RHODES, T., WOOD, E., ET KERR, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: Physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 27-36.
- SMALL, W., SHOVELLER, J. MOORE, D. TYNDALL, M.W. WOOD, E. ET KERR, T. (2011). Injection drug users access to a supervised injection facility in Vancouver, Canada: The influence of operating policies and local drug culture. *Qualitative Health Research*, 21(6), 743-756.
- SMITH, H. (2003). Planning, policy and polarisation in Vancouver's downtown eastside. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 94(4), 496-509.
- SOULET, M. (2003). Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures. *Déviance et Société*, 27(3), 331-351.
- WOOD, E., KERR, T., SPITTAL, P., TYNDALL, M., O'SHAUGHNESSY, M. ET SCHECHTER, M. (2003). The health care and fiscal costs of the illicit drug use epidemic : The impact of conventional drug control strategies, and the potential of a comprehensive approach. *Medical Journal*, 45(3), 128-134.