

Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions

Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales

Ewen Abgrall, Maitena Milhet

NOTE N° 2019-03
PARIS, DÉCEMBRE 2019

Différents états des lieux successifs de la recherche en matière de drogues illicites ont été réalisés à l'échelon européen en vue d'éclairer les décideurs sur les priorités méritant d'être inscrites à l'agenda des stratégies de développement de la recherche (Bühringer *et al.*, 2009 ; EMCDDA, 2008, 2012 ; Kenis et EMCDDA, 1997 ; Milhet *et al.*, 2015). Il ressort que les pratiques professionnelles déployées dans le cadre des réponses proposées aux usagers comptent parmi les champs peu explorés par les chercheurs. En effet, les travaux se consacrent massivement à la mesure des prévalences d'usage ainsi qu'à l'exploration des déterminants et des conséquences des consommations de drogues. S'agissant des réponses publiques, les chercheurs se penchent sur les interventions thérapeutiques (soins, prises en charge) essentiellement en mobilisant un paradigme médical qui se concentre sur l'efficacité des traitements sur les consommations observées à court ou moyen terme. Par ailleurs, les mesures de prévention et de réduction des risques et des dommages ne sont investies que de façon plus marginale. De plus, la mise en œuvre des interventions visant la réduction de la demande demeure un point aveugle empêchant de saisir et donc de renforcer ou d'infléchir les processus de changement à l'œuvre.

Mettre au jour les mécanismes à travers lesquels les changements escomptés dans le cadre d'une intervention s'opèrent ou non, identifier les dysfonctionnements potentiels faisant obstacle au bon déroulement d'un dispositif d'intervention, implique une description précise de la manière dont les professionnels travaillent au quotidien et de l'acceptabilité de leurs pratiques auprès des usagers.

En vue de contribuer au développement des connaissances relatives aux pratiques professionnelles dans le champ des addictions, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalise une première série de quatre études portant sur les interventions déployées auprès de quatre catégories de publics vulnérables : les jeunes, les femmes, les usagers en grande précarité et les

| | |
|--|-----------|
| Champ couvert par la revue de littérature | 2 |
| « De la toxicomanie aux addictions » : une succession de cadres de pensée guidant l'intervention des professionnels. | 3 |
| 1970-1980's : éthique libertaire, approche psychologique des usages et norme d'abstinence | 3 |
| Des années 1980 aux années 2000 : argumentaire de santé publique et réduction des risques | 4 |
| 1999 – aujourd'hui : construction de l'addictologie | 6 |
| Un faisceau de déterminants peu documentés | 7 |
| Vers une hybridation des pratiques professionnelles ? | 7 |
| La profession comme déterminant principal ? | 8 |
| L'influence du contexte institutionnel | 9 |
| « L'effet usager » | 9 |
| Conclusion | 11 |
| Références bibliographiques | 12 |

populations placées sous main de justice. Dans ce cadre, une revue de la littérature a été réalisée afin de réunir les connaissances disponibles issues des travaux en sciences humaines et sociales conduits par les chercheurs français. La présente note en expose les principaux résultats.

CHAMP COUVERT PAR LA REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de la littérature s'est attachée à retenir en priorité les études ayant réalisé une analyse qualitative des principales évolutions des interventions sanitaires à destination des usagers. Les points de vue exprimés par les professionnels eux-mêmes sur leur activité ont été retenus afin d'illustrer ces évolutions. Cependant, une analyse approfondie des discours des professionnels dépasse le périmètre de cette note, la nature des sources bibliographiques concernées requérant de plus une méthodologie spécifique. Deux bases de données bibliographiques ont été interrogées, la base de l'OFDT (BDoc) ainsi que la Banque de données en santé publique (BDSP), à partir du descripteur « pratiques professionnelles » associé à une série de mots clés : « Pratiques professionnelles » ; « Traitement » et « Sciences humaines et sociales » ; « Prise en charge » ; « Addictologie » ; « Réduction des risques » ; « Pratiques professionnelles » et « addictologie » ; « Psychanalyse » et « Prise en charge » ; « Réduction des risques » et « Pratiques professionnelles » ; « ECIMUD¹ » ; « Équipe de liaison et de soin en addictologie » ; « Équipe de rue » ; « Personnel médical » ; « Travailleur social » ; « Intervenant » ; « Consultation jeunes consommateurs » ; « Pratiques professionnelles » et « Prison » ; « Pratiques professionnelles », « Prise en charge » et « Réduction des risques » associés aux termes « Jeune », « Exclusion », « Sexe féminin »...

Un corpus de plus de 400 références a ainsi été établi. Une forte sélection a été effectuée à partir des titres et des résumés en raison de la prédominance des évaluations d'efficacité de divers programmes n'objectivant que rarement le travail effectivement réalisé par les professionnels. Un total de 89 références a finalement été retenu pour la rédaction de cette note.

Quelques-uns des travaux examinés sont particulièrement représentatifs de l'état de l'art à partir duquel appréhender les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Ouvrage de référence, *l'État et la toxicomanie* de Henri Bergeron permet ainsi de comprendre la constitution et l'ancrage durable du premier modèle de pensée ayant structuré l'intervention auprès des usagers de drogues dans les années 1970 (Bergeron, 1999). *Peut-on civiliser les drogues ?* d'Anne Coppel (Coppel, 2002) éclaire tout à la fois l'émergence d'un référentiel de santé publique et la difficulté de l'adoption des pratiques de réduction des risques et des dommages (RdRD) par une diversité de professionnels. Parallèlement, les travaux de Nicolas Fortané notamment retracent l'avènement de l'addictologie comme discipline universitaire et nouveau cadre de référence pour les intervenants (Fortané, 2007, 2010, 2011, 2014). Enfin, *l'Impossible prohibition* d'Alexandre Marchant expose l'évolution des politiques publiques répressives ou médicales au sein desquelles une diversité de cadres d'intervention se sont déployés (Marchant, 2018).

À côté d'un ensemble d'études et analyses d'inspiration socio-historiques, d'autres travaux proposent une analyse des pratiques au quotidien (Bioy *et al.*, 2003 ; Dassieu, 2013 ; Escots et Sudérie, 2010 ; Jacob, 1996 ; Langlois, 2013 ; Lert et Lert, 1998 ; Milhet, 2003 ; Mutatayi, 2014a ; Protais, 2015, 2017 ; Schwartzentruber, 2003). Enfin, des études se consacrent plus spécifiquement à l'évaluation de tout ou partie du réseau de soin, apportant d'utiles informations sur les méthodes employées par les professionnels et les contraintes avec lesquelles ils doivent composer (Gourmelon, 1997 ; Hesse et Duhamel, 2014 ; Roche, 2014).

La perspective historique permettant de comprendre de manière fine l'évolution du champ de l'intervention auprès des usagers, la première partie de cette note sera consacrée à un retour sur la succession des paradigmes ayant présidé aux interventions auprès des usagers depuis l'avènement de la loi du 31 décembre 1970. Les limites de cette approche seront par la suite abordées, afin d'interroger la pluralité des facteurs impliqués dans les pratiques des professionnels.

1. Équipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues

« DE LA TOXICOMANIE AUX ADDICTIONS » : UNE SUCCESSION DE CADRES DE PENSÉE GUIDANT L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS.

Des années 1970 à nos jours, trois grands modèles de pensée de l'usage de drogues se sont succédé, inspirant des stratégies d'interventions auprès des usagers tout à la fois très spécifiques et coexistant pour partie à l'heure actuelle. Les fondements essentiellement psychopathologiques attribués aux consommations ainsi que la norme d'abstinence prônée par les premiers « intervenants en toxicomanie » ont été ébranlés par l'épidémie de sida au milieu des années 1980. L'argumentaire de santé publique a fait irruption dans le champ, porté par une nouvelle génération d'acteurs initiant les premières interventions de RdRD. Dans le même temps, « l'intervention en toxicomanie », référentiel initial du travail auprès des usagers de drogues, est concurrencé à la fin des années 1990 par la montée de l'addictologie, une discipline s'appuyant sur un cadre théorique marqué par la référence aux neurosciences ainsi qu'une attention particulière portée aux populations les plus exposées et aux comportements à risques.

1970-1980's : ÉTHIQUE LIBERTAIRE, APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DES USAGES ET NORME D'ABSTINENCE

Le système de soins est profondément marqué par le moment fondateur que représente la loi de 1970, l'ensemble de la littérature s'accorde à reconnaître ce texte comme un point de bascule, à l'origine du dispositif sanitaire que nous connaissons actuellement (Bergeron, 1999 ; Marchant, 2018). Le mouvement de médicalisation de l'usage de drogues illicites, c'est-à-dire son rattachement à une conduite relevant de la médecine et non plus seulement à une forme de déviance, est antérieur à cette date. Pour autant, 1970 demeure un moment charnière (Wojciechowski, 2005) notamment parce que les premières interventions auprès des usagers de drogues se construisent en réaction à la loi. Elle assigne à l'usager un double statut de délinquant et de malade fortement critiqué (Obradovic, 2012 ; Zafiroopoulos et Pinell, 1982). L'essentiel des analyses sociologiques et historiques de cette période pointent la prédominance du volet répressif de la loi sur son volet sanitaire (Bernat De Celis et De Celis, 1992 ; Marchant, 2018). De même, de nombreux professionnels considèrent alors que les usages de drogues correspondent davantage à un construit social qu'à une pathologie à même de s'intégrer dans la nosographie psychiatrique de l'époque (Castel, 1998 ; Guerrieri, 1986 ; Zafiroopoulos, 1996). C'est dans ce contexte que se construit un premier modèle d'intervention auprès de ceux qui sont alors désignés sous le vocable « toxicomanes ».

Face au refus du secteur psychiatrique de s'impliquer auprès des usagers de drogues à cette période, des professionnels en rupture de ban avec le modèle asilaire et idéologiquement proches des usagers s'investissent dans ce nouveau secteur et y mettent en application leur rejet de la psychiatrie et leur éthique libertaire (Bergeron, 1999). Ces premiers intervenants en toxicomanie (éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi ex-usagers de drogues...) n'identifient pas les usagers à des malades (Bergeron, 1999 ; Guerrieri et Pinell, 1984).

En ce qui concerne l'approche théorique de la toxicomanie, deux conceptions s'opposent. Une approche basée sur le produit affirme que le potentiel addictif est totalement déterminé par la substance. En opposition à cette approche, les théories qui se rapprochent de la psychanalyse affirment que c'est dans la psyché de l'individu qu'il faut rechercher les causes des usages considérés comme problématiques par la profession. Un modèle théorique s'imposera à l'issue des années 70, énoncé par le Docteur Olievenstein, l'approche bio-psycho-sociale qui cherche à intégrer les différentes dimensions de l'usage de drogues en insistant autant sur les causes biologiques que sur le rapport que peut entretenir l'individu au produit dans un contexte culturel et social donné (Olievenstein, 1977, 1983). Cette approche concorde par ailleurs avec la position particulière qu'occupe l'intervention en toxicomanie dans le système de soin, en rupture avec la pratique traditionnelle. Les intervenants en toxicomanie revendiquent à la fois une forte pluridisciplinarité et une indifférenciation des titres professionnels ou des expertises, des ex-usagers de drogues étant parfois impliqués dans certaines structures au titre de leur expérience profane.

Ressentant néanmoins une incitation à professionnaliser leur activité afin de se légitimer mais aussi de transmettre les connaissances accumulées, les intervenants constituent un corpus théorique afin d'étayer leur clinique. Ils se tournent vers la psychanalyse en accord avec leur mouvement de rejet de la psychiatrie. La psychanalyse française ayant été tenue à l'écart du modèle asilaire, elle constitue en effet un modèle compatible en plus de fournir une thérapie centrée sur le rapport relationnel entre le soignant et le patient (Jacob, 1996).

Le cas du centre Marmottan est emblématique de cette période initiale et a suscité un grand nombre d'analyses aux dépens des autres structures dont les pratiques sont moins bien connues (Guerrieri et Pinell, 1984)². Les premières années de la structure sont marquées par un refus de hiérarchiser les intervenants en fonction de leurs compétences, tous rassemblés sous le terme d'« intervenants en toxicomanie », voire d'établir une hiérarchie entre les usagers et le personnel. À partir du milieu des années 1970, des normes sont toutefois mises en place afin d'instaurer une relation thérapeutique plus hiérarchisée (Bergeron, 1999 ; Guerrieri et Pinell, 1984), ce qui contribue à un rehaussement des conditions d'accès aux thérapies réservés par exemple aux seuls usagers formulant une motivation forte au sevrage³ (Castel *et al.*, 1992 ; Fournie et AFLS, 1993 ; Jacob, 1996). Les programmes alors mis en place par les intervenants en toxicomanie peuvent apparaître novateurs dans le contexte de la psychiatrie française mais sont la plupart du temps la reproduction de dispositifs existant à l'étranger, voués à l'abstinence et basés sur des psychothérapies à fondement psychanalytiques (Guerrieri, 1986). L'antipsychiatrie, leur éthique libertaire et l'idéal d'abstinence qui animent les intervenants en toxicomanie les conduisent notamment à rejeter l'option pharmacologique qui reconduirait à leurs yeux la dépendance sans résoudre les tensions dans la psyché de l'usager. Dans ce contexte, il n'y aura en France que deux programmes méthadone de 1972 à 1989 (Lert, 1989 ; Marchant, 2018).

En parallèle de cette évolution de la clinique, les professionnels relèvent à la fin des années 1970 un changement des profils d'usagers fréquentant leurs établissements. Ils passent de jeunes contestataires auxquels le personnel des centres pouvait facilement s'identifier à des publics plus marqués par la précarité avec lesquels ils partagent moins d'affinités idéologiques. La distribution des consommations semble alors évoluer tant d'un point de vue social que spatial, s'étendant des centres villes aux banlieues (Jacob, 1996) et touchant ainsi des publics ayant moins recours au système de soin (Coppel, 2002). Il n'est pas possible de s'assurer que les consommations dans ces espaces n'étaient pas présentes antérieurement à l'observation, celles-ci se sont peut-être intensifiées ou bien ont changé de produit et de type d'usages. Quoi qu'il en soit, les professionnels perçoivent alors une dégradation des conditions sanitaires des usagers de drogues.

L'administration tarde à finaliser la structuration du dispositif d'intervention auprès des usagers de drogues. Si la loi du 31 août 1970 prévoit la création d'un réseau de soin spécifique, il faut attendre 1992 pour voir un premier texte réglementaire préciser les missions des CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes). Pendant les 22 ans qui ont précédé, les professionnels ont donc défini leurs pratiques par la seule référence à l'objectif d'abstinence. Cela a pu donner lieu à des situations de blocage lorsque des dérives autoritaires voire sectaires sont apparues dans les communautés thérapeutiques de l'association Le Patriarce (Lert, 1989 ; Nadeau, 1992).

DES ANNÉES 1980 AUX ANNÉES 2000 : ARGUMENTAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET RÉDUCTION DES RISQUES

À la fin des années 1980, l'intervention auprès des usagers de drogues a déjà beaucoup évolué en raison de la mutation des populations rencontrées et de l'évolution des formes de consommations. Certains auteurs soulignent toutefois les lacunes du système de soin français qui, en restant centré sur l'exercice clinique comme socle des interventions auprès des usagers de drogues jusqu'au début des années 1990, peine à intégrer des mesures visant l'amélioration de leurs conditions sanitaires et sociales (Coppel, 1996 ; Ehrenberg, 1995 ; Jacob, 1996 ; Setbon, 1991).

Face à l'épidémie de sida et de sa forte prévalence chez les usagers injecteurs, de nouveaux acteurs issus du monde associatif médical, humanitaire et certains médecins remettent en question les principes de « l'intervention en toxicomanie » (Coppel, 2002 ; Le Naour, 2014) et mettent en place les premiers programmes de RdRD. Ils initient notamment des dispositifs d'échanges de seringues et portent le développement des traitements de substitution aux opioïdes (TSO) en prenant appui sur les expériences étrangères en la matière (Marchant, 2011). Le consensus sur le rejet des TSO parmi les premiers intervenants avait concouru à marginaliser cette réponse possible aux épidémies de VIH et d'hépatites, et ce en dépit des expérimentations lancées suite à la loi de 1970 (Marchant, 2018). La France accumule alors un écart conséquent par rapport à ses voisins lesquels ont commencé dès les années 1980 à mettre en place des programmes d'échanges de seringues, les TSO ayant été initiés dès les années 1960 aux États-Unis (Rhodes et Hartnoll, 1996).

2. Pour une analyse d'autres centres et programmes, voir Castel, 1998 ainsi que Marchant, 2018.

3. Ce type de patient est ensuite présenté par Bergeron comme le « bon patient », celui sur lequel les professionnels estiment en majorité qu'un vrai travail curatif peut avoir lieu, nous verrons plus tard comment cette notion de bon patient peine à évoluer.

En vue de toucher les populations les plus marginalisées les intervenants initient une série de changements dans leurs répertoires d'action, en développant notamment l'« Aller vers » (Causse *et al.*, 2002 ; Coppel, 2002 ; Jacob, 1996). Empruntant aux méthodes ethnographiques, « l'Aller vers » est vu comme une méthode permettant d'élaborer une offre de soin adaptée, appuyée sur une connaissance des pratiques de consommation et des conditions sanitaires des usagers de drogues les plus marginalisés. Les professionnels et les bénévoles cherchent à rapprocher ces publics de l'offre sanitaire et sociale. Le développement de « l'Aller vers » porte les équipes à intégrer d'anciens usagers qui ont une meilleure connaissance du terrain et des sociabilités entre usagers de drogues (Marchant, 2013). Par ailleurs, ce mouvement se poursuit par la reconnaissance progressive du savoir expérientiel des usagers désormais considérés comme des acteurs du processus thérapeutique (Lalande, 2010 ; Pedersen, 2019 ; Suissa, 2012). Les programmes initiés par les associations sont par la suite intégrés à la politique des réponses sanitaires à l'usage de drogues.

Visant en premier lieu à nouer un lien avec les usagers en vue d'éviter les surdoses, les infections et améliorer les conditions sanitaires et sociales globales des plus précaires, les interventions de RdRD s'inscrivent dans ce qui est appelé un « bas seuil » d'exigence. L'abstinence n'est plus un préalable à l'offre de soins de première urgence et les intervenants de la RdRD récusent le principe selon lequel il est nécessaire que l'utilisateur soit en mesure de formuler une demande d'aide pour qu'un accompagnement puisse débuter et porter ses fruits. Plusieurs types d'interventions sont alors mis en place : distribution de matériel de prévention stérile (boutiques, distributeurs automatiques...), développement des soins infirmiers et de médecine générale (traitement des abcès et nettoyage des plaies par exemple), accueil de nuit (Sleep' in), délivrance de médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) y compris via des dispositifs mobiles (bus méthadone), etc. Ce système a été originellement pensé de manière à amorcer un travail social auprès des usagers au sein des CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) qui les conduirait potentiellement vers les CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Dans les années 1990, du fait de l'introduction de la RdRD et des MSO, le système se scinde en deux pôles complémentaires. D'un côté des interventions dites « haut seuil », qui correspondent à l'entrée de l'utilisateur dans un parcours de soin demeurant principalement orienté vers l'abstinence, de l'autre le dispositif « bas seuil » dédié aux usagers n'exprimant pas de vœux d'abandon de l'usage de drogues. S'opère ainsi un mouvement inverse au rehaussement des conditions d'accès ayant eu lieu au cours des années 70. Les acteurs du bas seuil renouent avec l'engagement qui caractérisait les intervenants en toxicomanie à leurs débuts et s'opposent à la loi de 1970. Les études divergent toutefois sur la présence ou non d'un idéal d'abstinence parmi eux : certains mettent en avant un discours et une pratique ayant pour visée principale la construction d'un lien avec l'utilisateur (Jacob, 1996) dans un objectif d'amélioration des conditions sociales et sanitaires tandis que d'autres avancent que, s'ils prennent des distances avec l'idéal d'abstinence qui prévalait jusque-là, la perspective du soin entendue comme l'implication de l'utilisateur dans un dispositif thérapeutique visant l'abandon des consommations demeure l'objectif poursuivi (Roche, 2014). Cette différence pourrait être due à la professionnalisation du personnel des structures bas seuil qui intègrent progressivement des intervenants moins politisés au cours des deux décennies qui séparent les études citées.

Ces professionnels expriment assez tôt leur crainte de voir leur activité subordonnée aux impératifs des structures haut-seuils, d'être empêchés d'agir par les forces de l'ordre et de tenir la place de dominés du système en raison de la distance prise avec l'idéal d'abstinence (Morales *et al.*, 1998). Si l'on considère que, comme c'est le cas dans le reste du champ de la médecine, les normes dominantes sont celles du soin, le travail clinique orienté vers l'abstinence demeure l'objectif le plus légitime (Bergeron, 2001)⁴. Toutefois le principe de légitimation de leur activité que mettent en avant les intervenants des dispositifs bas seuils, semble être centré sur la création d'un lien avec l'utilisateur et la prise en compte des dommages sanitaires associés aux consommations (Gourmelon, 1997 ; Jacob, 1996). À la fin des années 1990, les acteurs de la réduction des risques font état de glissements majeurs dans leur pratique : celle-ci s'est étendue de l'injection à d'autres types d'usages ; elle s'est élargie dans ses interlocuteurs, s'étendant des usagers à l'ensemble de la communauté les environnant afin de faciliter leur acceptation (Morales *et al.*, 1998).

En autorisant la mise sur le marché des deux MSO, la méthadone en 1995 et la buprénorphine haut dosage (BHD) en 1996, les pouvoirs publics ont accompagné les modifications des cadres de pensée et d'intervention, favorisant un changement majeur dans l'offre de soins. Il faudra néanmoins attendre la loi de santé publique de 2004 pour que la RdRD soit reconnue par le législateur, la formalisation d'un référentiel national de réduction des

4. L'auteur met en évidence le fait qu'à cette période les structures spécialisées pouvaient sélectionner les usagers correspondant à leurs attentes afin de conserver une forte proportion d'activité curative et ne pas se centrer sur la prévention ou l'intervention auprès d'utilisateurs n'ayant pas de motivation au sevrage.

risques délimitant des objectifs et modalités d'interventions de réduction des risques (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille *et al.*, 2005). Enfin, la loi de santé publique de 2016 protège légalement les intervenants des structures bas seuil dont les activités demeuraient jusque-là dans un flou juridique que ceux-ci jugeaient néfaste à leur travail.

1999 – AUJOURD'HUI : CONSTRUCTION DE L'ADDICTOLOGIE

La succession des paradigmes dans le champ de l'intervention auprès des usagers de drogues au cours des années 1990 a conduit à une cohabitation plus ou moins harmonieuse de ceux-ci. À la fin de la période, c'est par une unification des champs de l'intervention en toxicomanie, de la tabacologie et de l'alcoologie au sein de l'addictologie que se renouvelle le regard clinique porté sur les usagers de drogues (Fortané, 2014). Le rapprochement des diverses disciplines (alcoologie, tabacologie et intervention en toxicomanie) est rendu possible par le succès de la notion d'addiction liée à la découverte du rôle de la dopamine et de soubassements neurobiologiques impliqués dans les consommations. Ces découvertes sont portées par des professionnels bien intégrés dans le champ (Fortané, 2010) et en rapport réguliers avec l'administration car intégrés dans des positions de conseil. Le succès que rencontre le concept d'addiction n'est ainsi pas étranger au soutien qu'il reçoit alors de la part de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies), lequel se manifeste pleinement dans le plan triennal de 1999-2001 (MILDT, 2000). La reconnaissance de l'addictologie comme discipline médicale et le soutien renouvelé que l'administration accorde aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans l'intervention auprès des usagers de drogues témoignent d'une volonté de modifier les pratiques professionnelles. Révélateur de ces changements, la MILDT devient en 2014 MILDECA abandonnant le terme « toxicomanie » au profit de celui de « conduites addictives ». Depuis le plan triennal 1999-2001, les programmes gouvernementaux donnent une importance accrue à la prévention, à l'expérimentation de méthodes de suivi axées sur les sciences comportementales ainsi qu'au développement du travail pluridisciplinaire (Setbon *et al.*, 2003). Les professionnels sont accompagnés par des textes orientant leurs pratiques. Les recommandations de bonnes pratiques sont d'abord impulsées par l'administration, et les autorités de santé ont joué un rôle moteur dans les années 1990 et 2000 pour faciliter la mise en place de référentiels communs aux intervenants impliqués auprès des usagers de drogues. Par la suite, le travail de l'administration a accompagné la montée de l'addictologie. En 2006, le rapprochement des CSST alcool et toxicomanie dans le cadre des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) créés par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) entérine la réorganisation du dispositif d'intervention auprès des usagers. On remarque cependant que les professionnels du champ, constitués en association, élaborent également leurs propres manuels de bonnes pratiques, avec le soutien financier de la MILDECA et des autorités de santé, privilégiant la plupart du temps les approches cognitivo-comportementales (Reynaud *et al.*, 2016). Concernant ces guides de bonnes pratiques, plusieurs théories existent dans la sociologie de la médecine. S'ils peuvent constituer un mécanisme d'institutionnalisation de normes dominantes dans le champ, il est également possible de les considérer comme un mécanisme de défense des professionnels vis à vis d'un contrôle administratif sur les pratiques (Castel et Coppel, 1991). Il apparaît dès lors utile d'explorer davantage le travail d'élaboration de ces bonnes pratiques afin de mieux comprendre la logique qui les sous-tend.

Le passage à une compréhension des usages davantage axée sur la neurobiologie et la santé publique a des conséquences importantes. Les fondements psychanalytiques ne disparaissent ni de l'analyse, ni de la pratique mais ceux-ci ne sont alors légitimes qu'en tant qu'explication concordante au phénomène des usages et plus comme fondement théorique central. Le regard que porte la santé publique sur les consommations de drogues reproduit les effets déjà observés dans d'autres champs (Fassin, 2005). Il ne se fonde plus sur une clinique individuelle pour déterminer les seuils pathologiques induits par l'exposition à des substances néfastes ou par des comportements. Ainsi, le nouveau paradigme se détache d'une vision centrée sur la dépendance et intègre dans le domaine du pathologique des comportements jugés à risque, par leur potentiel addictogène ou leur toxicité. Par cet abaissement des seuils considérés comme pathologiques, de nouvelles interventions voient le jour qui se situent à la jonction de la prévention et de la clinique individuelle (par exemple les interventions brèves). Un champ connu pour sa valorisation de l'acte curatif est alors sommé de promouvoir les interventions à des stades considérés comme antérieurs à la pathologie. L'addictologie connaît ainsi une évolution similaire au champ de la maladie mentale qui passe d'une clinique curative à une prise en charge de la souffrance psychique et de la santé mentale (Ehrenberg et Lovell, 2001). Par ailleurs, en se concentrant davantage sur les contextes d'usage et les comportements à risque, la vision en termes de santé publique favorise un découpage des populations les plus exposées et pousse à développer des interventions spécifiques aux différents publics identifiés.

UN FAISCEAU DE DÉTERMINANTS PEU DOCUMENTÉS

La succession des cadres de pensée des usages de drogues depuis les années 1970 témoigne des adaptations du champ de l'intervention auprès des usagers à des contextes sanitaires, sociaux et politiques mouvants. Pour autant, s'ils constituent l'inspiration des initiatives thérapeutiques et d'accompagnement qui sont mises en œuvre sur le terrain, ces paradigmes n'englobent pas l'ensemble des déterminants influant sur les pratiques professionnelles. Il semble nécessaire d'évaluer notamment la réceptivité des différentes professions à ces référentiels, la cohérence que ceux-ci ont, ou n'ont pas, avec leur éthos professionnel. Suivant ce point de vue, l'existence d'un cadre cognitif commun n'est pas nécessairement synonyme d'un rapprochement des pratiques des divers intervenants. Celles-ci évoluent notamment en fonction du statut professionnel, des institutions impliquées, lesquelles répondent à des normes différentes, et les confrontent à des publics aux caractéristiques sociales bien distinctes. Ces éléments concourent à la diversification des interventions mises en œuvre sur le terrain.

VERS UNE HYBRIDATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?

Les cures vouées au sevrage n'ont pas cessé d'exister le jour où la réduction des risques est parvenue à s'imposer comme une modalité d'intervention légitime et efficace. De même, les thérapies psychodynamiques n'ont pas disparu lorsque les bonnes pratiques promues par les autorités sanitaires ont soutenu les TCC. Le système de prise en charge actuel est donc caractérisé par la cohabitation de divers dispositifs qui, tout en visant des objectifs thérapeutiques différents, doivent en principe permettre une couverture continue des usagers de drogues. On y observe donc des pratiques répondant aux paradigmes présentés précédemment, lesquels semblent avoir connu une progressive hybridation au fil des ans. Ils cohabitent aujourd'hui par une répartition dans le système de soin ainsi que par un rapprochement des démarches, certains professionnels mettant en avant leur complémentarité dans l'explication même du phénomène de la dépendance (Valleur, 2012). On peut ainsi retrouver aujourd'hui dans les traités d'addictologie, certes marginalement, des analyses psychanalytiques ainsi qu'un fort soutien pour les mesures de réduction des risques (Pedersen, 2019 ; Reynaud *et al.*, 2016). L'addictologie revendique une forte adhésion à la RdRD (Gobrecht, 2019 ; Grant *et al.*, 2016 ; Marlatt *et al.*, 2001 ; Pedersen, 2019 ; Rogissart, 2017) et rassemble un large spectre d'approches : neurobiologiques, génétiques, comportementalistes mais aussi économiques et sociologiques, au point qu'il est aujourd'hui complexe de donner une définition unifiée de l'addiction (EMCDDA et West, 2013).

Toutefois, la coexistence de méthodes d'intervention héritées de chacun des paradigmes ne signifie pas que toute opposition entre les intervenants ait disparu. Ainsi, la possibilité de recourir à un traitement de substitution qui a fortement divisé les professionnels au cours des années 1990 est encore aujourd'hui l'objet de vifs débats. De nombreux professionnels rejettent dans le principe ce qu'ils perçoivent comme une maintenance n'ayant pas de véritable portée thérapeutique, le sevrage est alors considéré comme le seul objectif légitime de l'intervention. D'autres acceptent la maintenance et placent l'essentiel de l'objectif thérapeutique dans le rétablissement d'une « vie normale » (Dassieu, 2014 ; Pedersen, 2019), ce qui s'apparente en général à une socialisation hors du cercle des consommateurs (Weinberg, 2002) et une intégration dans le monde de l'emploi ainsi que dans une vie familiale. Ainsi, se confrontent des objectifs de guérison (vie sans produit) et de normalisation, c'est-à-dire de réinsertion de l'utilisateur dans la société qui peut se traduire par la gestion des consommations (Soulet, 2003) ou bien par un traitement de substitution.

Au final, si l'appartenance à un paradigme renseigne dans une certaine mesure sur les orientations thérapeutiques, elle ne suffit pas à définir les représentations que les professionnels peuvent avoir des usages, des usagers et des visées de leurs interventions. Le découpage en termes de paradigmes remplit ainsi une fonction utile en permettant de catégoriser les diverses postures des professionnels du champ mais l'évolution des théories de l'addiction ainsi que de la perception des usagers de drogues au cours des dernières années a pu provoquer des hybridations qui méritent d'être renseignées plus avant. De plus, observer la prégnance de ces paradigmes en fonction des professions pourrait éclairer l'influence que joue l'éthos professionnel dans la pratique (Ogborne et Birchmore-Timney, 1998 ; Tammi, 2004)⁵.

5. Dans leur étude, Ogborne et Birchmore-Timney mettent par exemple en évidence la relation qui existe entre l'adhésion à un « modèle maladie » de l'addiction (disease model of addiction) et une plus faible adhésion aux méthodes de la réduction des risques. Au contraire, les personnes présentant une plus forte adhésion aux modèles issus des sciences cognitives et comportementales présentent une adhésion plus forte à la RdRD. Ces résultats étant tirés d'une étude canadienne, leur extrapolation au contexte français pose cependant problème tant pour des raisons sémantiques que pour des raisons culturelles.

LA PROFESSION COMME DÉTERMINANT PRINCIPAL ?

Le développement du champ des addictions est marqué par son extension progressive à des professions qui se sont au départ tenues à l'écart de l'intervention auprès des usagers de drogues. Durant les années 1970, outre les psychiatres, les médecins généralistes et les équipes hospitalières ont également fait preuve d'une forte défiance vis-à-vis des usagers de drogues, en partie en raison des besoins spécifiques de l'intervention mais aussi du fait de leur mauvaise réputation (Bergeron, 1999 ; Dassieu, 2014 ; Langlois, 2014 ; Lert et Lert, 1998). Premiers intervenants en toxicomanie, les éducateurs spécialisés et les psychologues côtoient désormais d'autres disciplines qui participent à la définition de l'addiction comme problème de santé publique et à sa prise en charge. L'ensemble des professions médicales a ainsi été progressivement impliqué, jusqu'à la médecine du travail qui tient un rôle de prévention et d'orientation des usages de drogues en entreprise (Ménard *et al.*, 2011). Les intervenants s'approprient différemment les missions qui leur sont confiées ce qui se remarque particulièrement dans le cas de la RdRD et de l'addictologie. La représentation des MSO semble être à cet égard un bon marqueur : outils de la réduction des risques pour certains, médicaments adaptés à une maladie chronique pour d'autres, ils peuvent également être utilisés en vue d'un sevrage (Bergeron, 1999 ; Dassieu, 2013 ; Milhet, 2003).

Illustration de cette diversité de représentations, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du Subutex® en 1996 a eu des effets inégaux chez les médecins généralistes. Alors qu'une partie d'entre eux a progressivement adopté cette modalité d'intervention, d'autres ont eu recours à des stratégies de répartition et de marginalisation des usagers de drogues dans leur patientèle afin de préserver une identité professionnelle qu'ils estimaient être centrée sur le soin (Dassieu, 2014 ; Lert et Lert, 1998). Du point de vue de ces professionnels, les MSO ne constituent pas une offre thérapeutique ordinaire et sont apparentés à une continuation des consommations ainsi qu'à une reconduction de la dépendance. Les médecins généralistes ont par ailleurs longtemps eu un rapport distant avec la prévention (Bloy, 2015), leur investissement dans le repérage, l'intervention et la prévention sont positivement corrélés à leur formation et à leur appartenance à des réseaux de professionnels spécialisés dans le traitement des addictions (Andler *et al.*, 2018 ; Lert et Lert, 1998). La conceptualisation de l'addiction comme maladie chronique, favorisée par l'approche neurobiologique caractéristique de l'addictologie, a facilité l'implication de ces professionnels auprès des usagers de drogues qu'ils maintiennent néanmoins la plupart du temps à la marge de leur patientèle (Dassieu, 2014).

La littérature concernant l'étude des professionnels impliqués dans l'intervention auprès des usagers reste limitée mais tend également à reproduire les rapports de dominations déjà présents dans le champ en négligeant le travail effectué par les personnels infirmiers et du travail social. Leur activité d'accompagnement n'est quasiment pas explorée par les travaux les plus récents⁶. Ce manque d'intérêt pour le travail des éducateurs et des travailleurs sociaux se ressent par exemple dans le peu d'études concernant l'entretien individuel (Hoareau, 2016). Ces professions ont été principalement étudiées dans le courant des années 1990 suite à la mise en place des « boutiques » avant d'être quelque peu délaissées par l'analyse, laquelle s'est recentrée sur le versant médicalisé de l'intervention. Quelques travaux se sont penchés sur la réception de la RdRD parmi ces intervenants. Ils mettent en avant des résultats contradictoires : une plus grande facilité à abandonner l'idéal d'abstinence en comparaison avec le personnel médical est rapportée par certaines études (Burke et Clapp, 1997), tandis que d'autres pointent l'important turnover des éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux dans les équipes travaillant auprès des usagers de drogues. Ce renouvellement fréquent du personnel serait lié à une incompatibilité entre les principes diffusés dans la formation au travail social et celle requise par les méthodes de la RdRD (Roche, 2014).

D'une manière générale, l'impact du statut et de la formation des intervenants impliqués auprès des usagers de drogues ont rarement été objectivés. Peu d'attention a été prêtée jusqu'ici à l'effet que la composition des équipes, mêlant dans des proportions variables personnel médical des champs somatiques et psychiques, travailleurs sociaux ainsi que travailleurs pairs parfois, peut avoir sur les pratiques professionnelles et sur les normes du champ, là où une analyse en termes de segments professionnels pourrait s'avérer heuristique (Baszanger, 1990). Il serait ainsi possible de s'intéresser à l'hybridation des pratiques qui peut avoir lieu dans un espace professionnel pluridisciplinaire (Laqueille et Richa, 2019).

6. À l'exception de l'étude de Pierre Roche (Roche, 2014).

Par ailleurs, à l'exception de certains rapports d'activités qui présentent les actes réalisés par les professionnels et l'orientation des publics en fonction de leur trajectoire, les analyses se sont rarement penchées sur la dynamique interne aux équipes. Comment s'organise la répartition des tâches ? Existe-il des dynamiques de pouvoir permettant à certains intervenants de se délester d'actes considérés comme subalternes, le « sale boulot »⁷ (Lhuillier, 2005), auprès de leurs collègues ? Les rapports de pouvoirs éventuels sont-ils liés à une qualification professionnelle spécifique ?...

Les mêmes questionnements peuvent s'appliquer aux missions partagées entre les diverses structures impliquées auprès des usagers. Quelles sont les positions de pouvoir à l'œuvre dans les partenariats ? Quels sont les fondements des partenariats opérationnels ?... Les interactions entre les différents dispositifs et les caractéristiques des partenariats sont parties prenantes de l'offre de soin, impactant la circulation des usagers à l'intérieur du dispositif d'aide (Bergeron et Castel, 2010 ; Lert et Lert, 1998)⁸. Un rapport de l'IGAS souligne notamment les difficultés que peuvent rencontrer les structures lorsqu'elles souhaitent initier ou maintenir des partenariats avec d'autres services de santé (Hesse et Duhamel, 2014).

Au final, la dynamique des relations internes aux équipes et des partenariats mérite d'être éclairée par la recherche.

L'INFLUENCE DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

La pratique est également influencée par le contexte institutionnel dans lequel la rencontre entre intervenants et usagers a lieu notamment parce que ce dernier détermine en grande partie les caractéristiques sociales des usagers présents dans les différents dispositifs (jeunes, femmes, précaires, populations placées sous main de justice etc.) ainsi que la relation qu'ils peuvent nouer avec les professionnels. Le rattachement institutionnel des différents dispositifs les confronte ainsi à des publics et à des normes de champs distincts. L'exemple des CSAPA en milieu carcéral est à ce titre particulièrement révélateur. Bien que les équipes médicales assurant l'intervention ne dépendent plus de l'administration pénitentiaire depuis 1994, les contraintes liées aux normes de l'univers carcéral continuent à agir sur la pratique des professionnels (Farges, 2003), lesquels considèrent parfois que la prescription de produits de substitution a pour utilité principale de préserver la paix sociale au sein de la prison (Brillet, 2009) et ainsi faciliter la détention (Fédération Addiction, 2019 ; Griguère, 2002 ; Protais *et al.*, à paraître). D'autres institutions de rattachement peuvent également limiter la latitude des professionnels, les équipes hospitalières (ELSA et ECIMUD) par exemple, peuvent être confrontées au problème de la valorisation en indice d'activité des actes d'éducateurs spécialisés ou liés à l'accompagnement social des usagers de drogues (Schwartzentruber, 2003). Les effets du contexte institutionnel sur la mise en œuvre des interventions auprès des usagers gagneraient donc à faire l'objet d'études ad hoc, d'autant plus que les institutions ne filtrant pas la patientèle au regard de leurs objectifs thérapeutiques induisent une confusion dans la notion de seuil sur laquelle est basée l'une des principales distinctions des pratiques professionnelles dans le champ. Ainsi les équipes hospitalières qui s'étaient majoritairement tenues à l'écart des usagers de drogues (Langlois, 2014) ont à naviguer entre le haut et le bas seuil en fonction de leur patientèle, de même que celles des consultations jeunes consommateurs (CJC) qui, au vu de leurs missions, doivent s'intégrer dans un réseau afin d'assumer la prévention autant que les premières étapes du soin chez des publics aux profils de consommation assez variés (Bloy, 2015 ; Obradovic et Palle, 2012 ; Protais, 2017).

« L'EFFET USAGER »

Au-delà des professions et du contexte institutionnel, la diversité des profils et parcours des usagers portent les professionnels à adapter leurs pratiques à l'individu qu'ils rencontrent, y compris dans le cadre d'un dispositif dont les missions et objectifs s'adressent à l'ensemble du public. La mise en œuvre des interventions se décline en fonction des spécificités de l'utilisateur accueilli. Elles sont notamment modulées en fonction de l'intensité d'usage, avérée ou supposée, des produits comme cela a pu être montré concernant la RdRD (Eversman, 2012). L'adaptation des programmes à des populations spécifiques s'observe avec les débuts de la RdRD, pensée comme un moyen de rattacher les publics précaires au système de soin. Elle se poursuit de nos jours avec la volonté d'ajuster les interventions aux publics féminins (Mutatayi, 2014a, b) et jeunes (Obradovic et Palle, 2012). Cette ouverture des programmes à des publics spécifiques pourrait conduire à davantage de spécialisations expérientielles des professionnels (Protais, 2017) et donc à une nouvelle diversification des pratiques.

7. Le « sale boulot » est un concept de la sociologie des professions permettant d'observer la répartition des tâches jugées ingrates au sein d'un espace professionnel et ainsi d'en apprendre davantage sur les motifs de distinction entre professionnels. Seule l'analyse de Petersen reprend cette catégorie à notre connaissance (Pedersen, 2019).

8. Bergeron et Castel parlent d'« institutions captantes » pour désigner celles ayant un impact important sur la trajectoire de l'utilisateur dans le réseau de soin.

Les interventions effectivement déployées sont également influencées par les interactions entre usagers et professionnels, lesquelles dépendent notamment de la capacité des usagers à faire valoir le savoir expérientiel qu'ils peuvent mettre au service de leur trajectoire de changement. Il serait ainsi intéressant de chercher à comprendre sous quelles conditions les usagers de drogues parviennent à mobiliser les ressources symboliques nécessaires à une mise en récit de leur trajectoire, leur permettant de mobiliser leur savoir expérientiel et de le faire valoir auprès des professionnels comme un savoir légitime (Pedersen, 2019). La question de la confrontation entre le savoir légitime détenu par le personnel soignant et le savoir profane des usagers a notamment été explorée s'agissant des TSO (Milhet, 2003). La reconnaissance par les professionnels de l'expertise des usagers détermine tout à la fois leurs modalités d'intervention et l'acceptabilité de ces dernières par les usagers. Plus globalement, on peut voir une certaine contradiction entre la forte tendance à l'objectivation des usages induite par le regard en termes de santé publique et la mobilisation de la neurobiologie, avec la revendication d'une prise en compte accrue du savoir expérientiel de l'usager dans la mise en place de la thérapie (Lalande, 2010 ; Pedersen, 2019 ; Suissa, 2012).

Parvenir à une compréhension de l'impact de l'usager sur les pratiques des professionnels implique une observation fine des interactions et pratiques au quotidien. L'observation de la trajectoire des usagers dans le réseau de soin permettrait également de mieux comprendre les ressources mobilisées dans l'interaction, ainsi que la définition que les différents professionnels peuvent avoir du « bon » et du « mauvais » patient.

CONCLUSION

Les travaux des sciences sociales disponibles renseignent les principales évolutions des cadres de pensée qui ont guidé la pratique des intervenants impliqués dans le champ des addictions depuis les années 1970. Tout d'abord, il convient de remarquer la médicalisation croissante dont l'usage de drogue a fait l'objet. Là où les premiers « intervenants en toxicomanie » refusaient de qualifier la dépendance ou l'usage de drogues de maladie, les pratiques actuelles se sont étendues à des usages en deçà du seuil de dépendance dans un objectif de prévention des risques. On assiste également à un brouillage des frontières entre les deux seuils d'intervention, « bas seuil / haut seuil », longtemps considérés comme des opposés au vu de l'idéal d'abstinence qui prévalait jusqu'à l'introduction de la RdRD en France. La réduction des risques s'est immiscée dans toutes les étapes de la pratique, notamment chez les professionnels chargés du soin avec un objectif d'abstinence qui, face aux taux de rechute importants en sortie de cure, ont intégré la continuation d'une consommation ou la rechute dans les étapes du projet thérapeutique. Si les CSAPA et CAARUD ont pu être perçus comme non conciliables dans leurs objectifs et pratiques (haut seuil pour les CSAPA, bas seuil pour les CAARUD), la notion de seuil n'a plus la même pertinence que dans les années 1990 et 2000 pour désigner l'ensemble des dispositifs impliqués. Il est donc plus crucial qu'auparavant d'accorder de l'importance à la pluralité des facteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions.

La succession des paradigmes de pensée et d'interventions auprès des usagers de drogues a également conduit à l'intégration d'un nombre de personnes de plus en plus importantes dans le dispositif d'aide. La RdRD a ainsi mis en place des méthodes favorisant l'inclusion des publics les plus précaires dans le spectre de l'intervention en modifiant profondément les objectifs thérapeutiques. De condition sine qua non du traitement, l'abstinence est devenue un objectif souhaitable dès lors qu'elle ne met pas en péril les bénéfices tirés par la prévention et la prise en charge des problèmes somatiques des usagers de drogues. Le poids de la santé publique au sein de l'addictologie a ensuite renforcé la tendance à la spécialisation des dispositifs et des pratiques en fonction des caractéristiques de publics spécifiques.

La succession des paradigmes, de l'intervention en toxicomanie à l'addictologie en passant par la RdRD, a constitué un prisme puissant pour l'analyse des pratiques et leur construction socio-historique, mais il semble désormais insuffisant pour qualifier leur diversité. Tout d'abord, l'appartenance à une profession constitue une variable déterminante dans la pratique.

Ensuite, le brouillage des catégories d'analyse classiques (haut seuil/bas seuil, soin/prévention, prise en charge...) pousse à considérer qu'il est nécessaire de développer la compréhension des pratiques professionnelles en recentrant l'analyse sur un examen des pratiques au quotidien et des interactions avec les usagers et les partenaires. Enfin, on ne peut traiter le champ de l'intervention auprès des usagers de drogues comme un ensemble homogène : les différents intervenants sont rattachés à des institutions spécifiques qui peuvent avoir une influence sur le type de publics rencontré ainsi que sur la latitude laissée aux professionnels pour exercer, les contraintes du champ de l'institution se superposant à celles de l'intervention. Il apparaît dès lors nécessaire de renseigner davantage la pratique quotidienne des différentes professions impliquées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Andler R., Cogordan C., Pasquereau A., Buyck J.F., Nguyen-Thanh V. (2018) The practices of French general practitioners regarding screening and counselling pregnant women for tobacco smoking and alcohol drinking. *International Journal of Public Health*, Vol. 63, n° 5, p. 631-640.
- Baszanger I. (1990) Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. *Revue française de sociologie*, Vol. 31, n° 2, p. 257-282.
- Bergeron H. (1999) L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Paris, PUF, coll. Sociologies, 370 p.
- Bergeron H. (2001) Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions. Saint-Denis, OFDT, 127 p.
- Bergeron H., Castel P. (2010) Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, Vol. 52, n° 4, p. 441-460.
- Bernat De Celis J., De Celis G. (1992) Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ? Une étude sociologie législative. Paris, CESDIP, 184 p.
- Bioy A., Sainte-Marie T., Delfraissy J.F. (2003) Les ECIMUD et leur rôle dans le champ de la réduction des risques en toxicomanie. *Psychotropes*, Vol. 9, n° 2, p. 31-43.
- Bloy G. (2015) Les habits neufs du Docteur Knock ? Les médecins généralistes aux frontières extensibles du projet préventif. In : Aux frontières de la médecine, Bujon T., Doullens C., Le Naour G. (Dir.), Editions des Archives Contemporaines, p. 3-22.
- Brillet E. (2009) La prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral : politiques et éthique. *Archives de politique criminelle*, n° 31, p. 107-143.
- Bühringer G., Farrell M., Kraus L., Marsden J., Pfeiffer-Gerschel T., Piontek D., Karachaliou K., Kunzel J., Stillwell G. (2009) Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union. Full report. Brussels, European Commission, 507 p.
- Burke A.C., Clapp J.D. (1997) Ideology and social work practice in substance abuse settings. *Social Work*, Vol. 42, n° 6, p. 552-562.
- Castel R., Coppel A. (1991) Les contrôles de la toxicomanie. In : Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes, Ehrenberg A. (Dir.). Paris, *Esprit*, p. 237-256.
- Castel R., Benard-Pellen M., Bonnemain C., Boullenger N., Coppel A., Leclerc G., Ogien A., Weinberger M. (1992) Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités. Paris, GRASS, MIRE, 303 p.
- Castel R. (1998) Les sorties de la toxicomanie. Fribourg, Editions Universitaires, 296 p.
- Causse L., Roche P., Petris M. (2002) Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue. Marseille, Mission Sida Toxicomanie, 129 p.
- Coppel A. (1996) Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. *Communications*, Vol. 62, n° 1, p. 75-108.
- Coppel A. (2002) Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris, La Découverte, coll. Logiques Sociales, 384 p.
- Dassieu L. (2013) Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes*, Vol. 19, n° 3-4, p. 149-172.

Dassieu L. (2014) De la frontière à la marge : l'incorporation des traitements de substitution aux opiacés à la médecine générale. In : Aux frontières de la médecine, Bujon T., Dourlens C., Le Naour G. (Dir.). Paris, Editions des archives contemporaines, p. 23-38.

Ehrenberg A. (1995) L'individu incertain. Paris, Calmann-Levy, 351 p.

Ehrenberg A., Lovell A. (Dir.) (2001) La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société. Paris, Odile Jacob, 311 p.

EMCDDA (2008) National drug-related research in Europe. Selected issue. Lisbon, EMCDDA, 29 p.

EMCDDA (2012) Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives. Lisbon, EMCDDA, coll. Thematic Papers, 24 p.

EMCDDA, West R. (2013) Models of addiction. Luxembourg, Publications Office of the European Union, coll. EMCDDA Insights, n° 14, 161 p.

Escots S., Suderie G. (2010) Usages problématiques de cocaïne/crack. Quelles interventions pour quelles demandes ? Saint-Denis, OFDT, 246 p.

Eversman M. (2012) Harm reduction practices in outpatient drug-free substance abuse settings. *Journal of Substance Use*, Vol. 17, n° 2, p. 150-162.

Farges E. (2003) La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif sanitaire des prisons de Lyon et perspectives italiennes. Université Lumière Lyon 2, Institut d'études politiques de Lyon, DEA Politiques publiques et gouvernements comparés, 728 p.

Fassin D. (2005) Faire de la santé publique. Rennes, Editions de l'ENSP, 59 p.

Fédération Addiction (2019) CSAPA référents en milieu pénitentiaire. Vers une meilleure identification. Paris, Fédération Addiction, 11 p.

Fortané N. (2007) De l'alcoologie à l'addictologie : institutionnalisation d'une réforme de santé publique et transformations du champ médical. *Sociologie Santé*, n° 27, p. 73-94.

Fortané N. (2010) La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*, n° 78, p. 5-24.

Fortané N. (2011) Genèse d'un problème public : les « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des drug policies contemporaines. Université Lumière Lyon 2 - Sciences Po Lyon, Thèse de Sciences Politiques.

Fortané N. (2014) Quand les frontières de la médecine sont liées à celles de l'administration sanitaire : une sociologie des rapports État/profession à partir du cas de l'addictologie. In : Aux frontières de la médecine, Bujon T., Dourlens C., Le Naour G. (Dir.). Paris, Editions des archives contemporaines, p. 49-61.

Fournie J., AFLS (1993) La prévention du sida auprès des toxicomanes : étude sur les modèles d'intervention mis en oeuvre par les acteurs de la prévention. Vanves, Agence française de lutte contre le sida, 153 p.

Gobrecht M. (2019) Elargir le champ de la réduction des risques et des dommages à l'hôpital. *Le Flyer*, n° 74, p. 4-11.

Gourmelon N. (1997) Les « boutiques » ou dispositifs « bas seuil » : une nouvelle approche des toxicomanes en temps de sida. Etude de quelques dispositifs en place, et analyse des représentations des différents agents et des usagers de drogues. Paris, DGS/Division Sida, 101 p.

Grant S., Pedersen E.R., Osilla K.C., Kulesza M., D'amico E.J. (2016) Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults [For debate]. *Addiction*, Vol. 111, n° 9, p. 1521-1527.

- Grigère P. (2002) Enquête nationale en milieu carcéral sur les pratiques et représentations des professionnels du soin et des toxicomanes. *Le Courrier des Addictions*, Vol. 4, n° 4, p. 163-164.
- Guerrieri R., Pinell P. (1984) Expériences des drogués et position institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 2, n° 3-4, p. 39-65.
- Guerrieri R. (1986) La prise en charge des toxicomanes : un point de vue sociologique. *Journal de Médecine Légale - Droit Médical*, Vol. 29, n° 5, p. 385-400.
- Hesse C., Duhamel G. (2014) Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 86 p.
- Hoareau E. (2016) Stigmatisation de l'usager de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 21, p. 33-48.
- Jacob E. (1996) Capter les usagers de drogues : analyse des transformations des modes d'intervention en matière de toxicomanie au travers de l'expérience de quatre dispositifs d'accueil dits à « bas seuil ». Université Paris VIII, Mémoire de DEA de Sociologie, 132 p.
- Kenis P., EMCDDA (1997) Drugs: research related initiatives in the European Union. Synthesis report. Joint seminar. The Robert Schuman centre, European University Institute, Florence, 13 and 14 December 1996, EMCDDA ; European Commission, coll. Joint publications, 66 p.
- Lalande A. (2010) L'addictologie, pour quoi faire ? *Vacarme*, n° 51, p. 70-73.
- Langlois E. (2013) Evaluation des communautés thérapeutiques en France. Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés. Saint-Denis, OFDT, 85 p.
- Langlois E. (2014) Quand l'hôpital fait de la résistance : la prise en charge hospitalo-dépendante des usagers de drogue. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, Vol. 47, n° 3, p. 63-83.
- Laqueille X., Richa S. (2019) Le positionnement thérapeutique en addictologie. *Laennec*, Vol. 67, n° 2, p. 30-40.
- Le Naour G. (2014) Quand le politique a recours à la médecine pour subvertir un dispositif de soins existant : le cas de la mise en œuvre de mesures de réduction des risques liées à l'usage de drogues à Marseille. In : *Aux frontières de la médecine*, Bujon T., Dourens C., Le Naour G. (Dir.). Paris, Editions des archives contemporaines, p. 65-79.
- Lert F. (1989) Vieux débats et problèmes actuels de la prise en charge des toxicomanes. Commentaire. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 7, n° 3, p. 47-54.
- Lert F., Lert H. (1998) La stratégie de réduction des risques en actes : une étude de cas en Île-de-France. Saint-Maurice, INSERM, 136 p.
- Lhuillier D. (2005) Le « sale boulot ». *Travailler*, n° 14, p. 73-98.
- Marchant A. (2011) Les expériences de réduction des risques à Amsterdam dans les années 1980. *Swaps*, n° 64, p. 18-21.
- Marchant A. (2013) La difficile greffe de l'outreach en France. *Swaps*, n° 71, p. 9-12.
- Marchant A. (2018) L'impossible prohibition. Drogues et toxicomanie en France 1945-2017. Paris, Perrin, 575 p.
- Marlatt G.A., Blume A.W., Parks G.A. (2001) Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 33, n° 1, p. 13-21.

- Ménard C., Durand E., Demortière G., Bled J.J., Beck F. (2011) Pratiques des médecins du travail face aux addictions. Premiers résultats. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 33, p. 17-24.
- MILDT (2000) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). Paris, La Documentation française, coll. Rapports officiels, 226 p.
- Milhet M. (2003) L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ? Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, Thèse de sociologie, 456 p.
- Milhet M., Díaz Gómez C., Mutatayi C. (2015) Comparative analysis of research into illicit drugs across Europe (2010-2013). Brussels, European Commission, 334 p.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Raffarin J.-P., Douste-Blazy P. (2005) Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. *JORF*, n° 88 du 15 avril, p. 6732.
- Morales L., Morel A., ERIT (1998) Etude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe, ERIT, Fédération Européenne des Associations d'Intervenants en Toxicomanie, 155 p.
- Mutatayi C. (2014a) Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes. Expérience en 2010-2011. Saint-Denis, OFDT, 35 p.
- Mutatayi C. (2014b) Publics féminins : les approches en matière de prévention et de soins. Saint-Denis, OFDT, 7 p.
- Nadeau L. (1992) Les enjeux éthiques dans le traitement des toxicomanies : la différence entre une communauté thérapeutique et une secte. *Psychotropes*, Vol. 7, n° 3, p. 55-58.
- Obradovic I. (2012) La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses. *Déviance et Société*, Vol. 36, n° 4, p. 441-469.
- Obradovic I., Palle C. (2012) Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. *Psychotropes*, Vol. 18, n° 2, p. 77-100.
- Ogborne A.C., Birchmore-Timney C. (1998) Support for harm-reduction among staff of specialized addiction treatment services in Ontario, Canada. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 17, n° 1, p. 51-58.
- Olievenstein C. (1977) Il n'y a pas de drogués heureux. Paris, Robert Laffont, 331 p.
- Olievenstein C. (1983) La drogue ou la vie. Paris, Robert Laffont, 264 p.
- Pedersen L. (2019) Expertises et addictions. Les trajectoires de « sortie » à l'épreuve des savoirs professionnels et expérientiels. Paris, L'Harmattan, 316 p.
- Protais C. (2015) La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA. Note de synthèse d'une enquête effectuée dans les 7 UHSA de France. Saint-Denis, OFDT, 16 p.
- Protais C. (2017) Les pratiques professionnelles en CJC. Entre hétérogénéité et naissance d'un savoir-faire spécifique. Note 2017-04. Saint-Denis, OFDT, 16 p.
- Protais C., Morel d'Arleux J., Jauffret-Roustide M. (à paraître) Usages de drogues en prison, conséquences et réponses. Paris, OFDT, coll. Théma.
- Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.) (2016) Traité d'addictologie. 2^e édition. Paris, Lavoisier Médecine Sciences, 900 p.

- Rhodes T., Hartnoll R. (Dir.) (1996) *Aids, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action*. London, Routledge, 240 p.
- Roche P. (2014) *Co-analyse du travail des professionnels des CAARUD*. Marseille, Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), 186 p.
- Rogissart V. (2017) Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? CSAPA, CAARUD, prison. *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 39, n° 3, p. 275-288.
- Schwartzentruber E. (2003) *Mise en place d'une équipe de liaison en addictologie au centre hospitalier universitaire de Strasbourg*. Editions de l'ENSP, Mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, 94 p.
- Setbon M. (1991) La santé publique à l'épreuve du Sida : une approche systématique des processus décisionnels. *Sociologie du Travail*, Vol. 33, n° 3, p. 403-428.
- Setbon M., Guérin O., Karsenty S., Kopp P. (2003) *Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002). Rapport général*. Saint-Denis, OFDT, 380 p.
- Soulet M.-H. (2003) Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures. *Déviante et Société*, Vol. 27, n° 3, p. 331-351.
- Suissa A.J. (2012) Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion. *Psychotropes*, Vol. 18, n° 3-4, p. 151-171.
- Tammi T. (2004) The harm-reduction school of thought: Three fractions. *Contemporary Drug Problems*, Vol. 31, n° 3, p. 381-399.
- Valleur M. (2012) Les addictions, la science et les approches de sens. *Psychotropes*, Vol. 18, n° 1, p. 65-75.
- Weinberg D. (2002) « Out there »: the ecology of addiction in drug abuse treatment discourse. *Social Problems*, Vol. 47, n° 4, p. 606-621.
- Wojciechowski J.-B. (2005) Pratiques médicales et usages de drogues: linéaments de la construction d'un champ. *Psychotropes*, Vol. 11, n° 3, p. 179-207.
- Zafiroopoulos M., Pinell P. (1982) Drogues, déclassé et stratégies de disqualification. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 42, p. 61-75.
- Zafiroopoulos M. (1996) *Le toxicomane n'existe pas*. Paris, Anthropos, 234 p.

REMERCIEMENTS

À Cristina Diaz-Gomez et Isabelle Michot
