

---

# Situation de la politique de réduction des risques en France<sup>80</sup>

L'usage des drogues devient un problème social, repéré et identifié comme tel au XIX<sup>e</sup> siècle sous le prisme de l'une de ses figures particulières : la toxicomanie. À tel point que la prise de stupéfiants et la toxicomanie vont être durablement perçues sinon comme des synonymes, du moins comme liées dans une relation nécessaire de cause à effet. Les premières tentatives de médicalisation des usages compulsifs et dépendants de drogues sont réalisées dans le dernier quart du XIX<sup>e</sup> siècle... Il faudra attendre le début des années 1910 pour que les vocables de toxicomane et toxicomanie soient finement élaborés et que cette dernière soit conçue comme un concept englobant toutes les manies à base de substances (morphinomanie, cocaïnomanie...) dans un même ensemble... La toxicomanie reste longtemps une entité nosologique aux frontières incertaines oscillant entre intoxication et démence dans l'ombre d'un contrôle judiciaire et policier dominant. Jusqu'à ce que dans les années 1960 et plus certainement 1970 les lois de certains pays reconnaissent au toxicomane plus ou moins explicitement le double statut de délinquant et de malade et prévoient la possibilité de mesures thérapeutiques alternatives à une condamnation ou parties intégrantes d'une condamnation... Des politiques sanitaires et des dispositifs de soins spécialisés ou intégrés aux hôpitaux se développent... Le choix des options curatives fut essentiellement déterminé par des variables politiques et culturelles, en ce que les solutions de soins retenues durent être compatibles avec les valeurs politiques et les normes culturelles des États qui les décident et les mettent en œuvre.

## Sanitarisation du problème des drogues

Les États occidentaux ont initialement opté pour une politique principalement curative de traitement des toxicomanes : de même qu'il faut extirper du corps social le fléau qui menace la collectivité, il faut traiter les corps malades et s'attaquer, dans le cadre de la clinique des toxicomanies, aux causes individuelles du mal même si certains États, comme les Pays-Bas, ont agré-

---

80. Texte extrait de : BERGERON H. Sociologie de la drogue. Édition La Découverte, Collection Repères, Paris, 2009.

leur offre thérapeutique de services de traitement des conséquences liées à l'usage (hépatite C puis VIH, septicémie...).

La majeure partie des pays a également mis en œuvre une politique de diversité en matière d'offre de soins, combinant différentes options thérapeutiques. Mais certains d'entre eux, au premier rang desquels les États-Unis, ont préféré investir massivement sur la distribution de méthadone, dès les années 1970. La France a choisi une option particulière : les années 1970 et 1980 sont marquées par une psychologisation quasi exclusive des soins aux toxicomanes et le rejet concomitant d'alternatives thérapeutiques (communautés thérapeutiques, pratiques de substitution, soins des conséquences de la toxicomanie) en d'autres lieux parfaitement acceptables.

Si les pays occidentaux adoptent des modèles différents de traitement des problèmes de drogues, l'irruption du sida au milieu des années 1980 va bouleverser considérablement le paysage qui s'était stabilisé pendant près de vingt ans : le seul traitement curatif de la toxicomanie, et en particulier la recherche parfois forcenée de l'abstinence, ne peut plus être le pilier essentiel des stratégies sanitaires. Militent ainsi, un peu partout dans les pays occidentaux, des « coalitions de cause » (Kübler, 2000), des réseaux de politiques publiques, regroupant des acteurs d'origines diverses mais dont les croyances sont convergentes (médecins humanitaires, associations d'usagers, professionnels du sida...) et pour lesquels il convient de réorganiser la hiérarchie des objectifs des politiques sanitaires. S'il est louable de vouloir traiter les causes de la toxicomanie et de prévenir les usages, il est urgent, argument-ils, en ces temps de menace planétaire pour la santé publique, de traiter les conséquences des usages et de prévenir les risques qui leur sont associés. C'est ainsi que le modèle dit de la « réduction des risques », développé originellement aux Pays-Bas (Boekout Van Solinge, 2004), se trouve inscrit sur l'agenda politique. Profitant de la médiatisation sans précédent et de l'importance politique qu'a prise le problème du sida (Fabre, 1992) bénéficiant du soutien décisif des militants anti-sida qui ont acquis des positions clefs d'influence politique, les défenseurs de la réduction des risques vont réussir, partout en Europe, à imposer cette politique qui prévoit la mise en place de lieux de soins de première urgence, la distribution de matériel d'injection stérile et la fourniture extensive des produits de substitution. La méthadone est en effet réputée favoriser l'arrêt de l'injection intraveineuse d'héroïne et permettre au toxicomane de ne plus être prisonnier d'un mode de vie où la recherche du produit et des moyens de l'obtenir peuvent devenir une activité à plein temps. La méthadone fut ainsi conçue comme un instrument permettant non seulement de limiter la diffusion des virus du sida et de l'hépatite C mais aussi de favoriser une réinsertion sociale et sanitaire, jugée de plus en plus nécessaire pour certains toxicomanes toujours plus désocialisés et dans des situations médicales de plus en plus désastreuses (hépatite C, maladies opportunistes du sida...).

Les principes, priorités, outils et pratiques s'inscrivant dans le cadre de la « réduction des risques » ont ainsi « déferlé » en Europe comme autant de normes, solutions cognitives et professionnelles « appropriées » (au sens du néo-institutionnalisme sociologique) à la gestion des problèmes sanitaires et sociaux, que les différents experts nationaux s'accordent désormais à définir de manière relativement comparable. Au point qu'une recommandation du conseil de l'Union Européenne datant du 18 juin 2003 reconnaît politiquement, à l'unanimité des États membres (y compris la Suède, pays réputé le plus longtemps hostile à ce type d'approche ; Tham, 1995), la valeur et l'importance de cette politique et de certaines interventions qui la composent (certaines mesures comme la distribution contrôlée d'héroïne restent cependant sujettes à controverse entre États membres et ne font pas partie des mesures visées par cette recommandation). Certains auteurs affirment ainsi que se dessine une tendance à la convergence des réponses sanitaires dans tous les pays de l'Union, tendance que la Commission européenne aurait amplement favorisée (Grange, 2005 ; Bergeron, 2005). Le Canada, le Brésil et l'Australie ont également adopté ce modèle. Seuls les États-Unis, en particulier à l'initiative des administrations Bush (père et fils), résistent à la mise en œuvre de ce qu'ils considèrent être une forme de renoncement moral et une porte ouverte à d'occultes manœuvres visant la levée de l'interdiction.

Ces mesures composent une politique qui suppose une reconnaissance, plus ou moins assumée politiquement selon les États, de l'usage de stupéfiants comme d'un fait anthropologique commun aux sociétés occidentales : il n'est plus cette poussée de fièvre que l'on pensait pouvoir étouffer dans les années 1970. L'utilisation des vocables « usage » et « usager », qui tendent à remplacer ceux de consommation, de consommateur ou de drogué, si elle procède de la progressive domination du vocabulaire des classifications internationales des maladies (CIM : Classification internationale des maladies ; DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), signerait, en outre, l'avènement de la représentation d'un individu capable de rationalité, non tout entier dominé par des causes psychiques qui court-circuitent son entendement, prompt à développer des stratégies de prise en charge de sa santé tout autant que de gestion de ses usages. Arguments de militants et résultats d'une certaine recherche sociologique entrent ainsi en résonance dans le combat politique en faveur de la réduction des risques. La montée de la réduction des risques marque donc une réelle sanitarisation des politiques des drogues. Elle s'inscrit dans le cadre de transformations de plus grande ampleur (qui dépassent le seul champ de la drogue et de la toxicomanie), qui témoignent du passage de ce que Goffman appelait le « schéma de réparation » (visant principalement la correction des défaillances ou des dysfonctionnements pathologiques) à un « schéma de croissance » dans lequel il s'agit, pour l'essentiel, de préserver sa santé et de prévenir les risques qui peuvent peser sur elle avant qu'ils ne surviennent (Castel, 1993). Dans ce contexte, l'usage risqué de drogues risquées serait le propre d'individus mal socialisés aux

normes et techniques d'optimisation du « capital santé », d'individus déviants à l'ordre sanitaire nouveau et à sa médecine de surveillance (Armstrong, 1995).

La France a connu un destin resté longtemps singulier au regard de ces évolutions d'ensemble. En 1994, la politique publique française est encore principalement orientée vers des objectifs curatifs d'abstinence. On dénombre ainsi alors quelques 9 500 places pour le traitement par la méthadone en Espagne ; 17 000 en Grande-Bretagne ; 15 650 en Italie ; 10 300 en Suisse ; 8 400 aux Pays-Bas. À la même époque, le dispositif français ne comptait, lui que 77 places. Il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour qu'une telle politique soit mise en œuvre et que la méthadone soit introduite de manière extensive en France. Comment comprendre pareille singularité ? On explique souvent que la majorité des acteurs qui ont longtemps présidé aux destinées de la politique française ont progressivement constitué un paradigme particulier – mélange de considérations contre-asilaires et psychanalytiques – comme grille de lecture principale du phénomène de la toxicomanie, et que ce paradigme n'était guère favorable à une politique préventive et palliative et à l'introduction de la méthadone. La toxicomanie y était en effet interprétée comme le symptôme d'une souffrance psychique profonde née de traumatismes subis dans la plus tendre enfance, et l'usage de méthadone était par conséquent perçu comme un simple remplacement d'un produit addictif par un autre. Telle a été, en effet et en substance, l'argumentation principale développée par la communauté soignante et les représentants de l'État français pour motiver leur refus des produits de substitution pendant tant d'années. Mais comment est-on parvenu à une telle uniformité des opinions et de l'expertise ?

À partir d'une étude historique inscrite dans la tradition d'étude des politiques publiques, Bergeron (1999) a cherché à identifier quels ont été les groupes d'acteurs qui ont progressivement exercé une influence déterminante dans la définition de ce que devait être la politique publique de soins aux toxicomanes. Il conclut qu'une « communauté de politique », composée d'acteurs d'origines diverses mais partageant des opinions convergentes concernant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre, s'est lentement constituée. Au sein de la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la Santé, un petit nombre de fonctionnaires nouent ainsi des alliances durables avec les représentants professionnels les plus influents du secteur spécialisé (en majorité des psychiatres), qui ont su s'imposer comme les seuls interlocuteurs légitimes du champ spécialisé. Ce couple d'acteurs s'est progressivement autonomisé vis-à-vis des autres instances administratives et politiques, qui auraient pu pourtant émettre un avis sur le contenu de la politique de soins. Comme l'ont montré Jobert et Muller (1987) en analysant d'autres politiques publiques, on assiste pendant les années 1970 et 1980 au développement simultané d'un double leadership, professionnel et administratif, chacun ayant su s'octroyer la représentation légitime du segment concerné. Mais

la seule mise en lumière de l'existence d'un couple d'acteurs autonomes et aux opinions convergentes ainsi que l'analyse des systèmes d'interdépendances durables qui ont lié ces acteurs laissent une question importante sans réponse : comment pareilles opinions collectives ont-elles pu se maintenir dominantes aussi longtemps en France ? Cette question a porté Bergeron à considérer en particulier les problèmes ayant trait à la formation, au maintien puis à la transformation des croyances des acteurs et à mobiliser le modèle « cognitiviste » d'analyse des croyances collectives développé par Boudon (1986, 1990). Nous montrons ainsi que l'adoption d'une doctrine thérapeutique aux origines composites comme *corpus* cognitif d'interprétation majoritaire dans le champ de la toxicomanie peut s'expliquer comme le résultat d'actions individuelles qui s'appuient sur de « bonnes raisons », compréhensibles (au sens de Weber) quand on les rapporte au contexte socio-historique et culturel dans lequel elles sont situées. En particulier, l'auteur montre que les acteurs en question ne voyaient qu'une frange particulière de toxicomanes (effet de position), qui ne présentait guère les caractéristiques (désocialisation extrême et situation sanitaire très dégradée) sur lesquelles s'échafaude précisément l'argumentation en faveur du développement de la méthadone dans les autres pays ; et que quand ils en rencontraient en effet, les théories qu'ils avaient progressivement faites leurs et qui s'étaient installées en « cadres cognitifs » (effet de disposition) induisaient une interprétation singulière guère favorable à la politique de la réduction des risques. Le modèle cognitiviste focalise donc l'attention sur le fait que le maintien d'une croyance (en l'espèce, le rejet de la méthadone) ne tient pas tant à un respect aveugle de certaines doctrines qu'au fait que l'acteur idéal-typique a des raisons solides de croire que le paradigme adopté et le dispositif institutionnel s'en inspirant sont adaptés à la population qu'il traite.

La survenue du sida a donc été l'événement déclencheur majeur d'un phénomène de sanitarisation (et de médicalisation pour la distribution de médicaments de substitution) dans l'approche du problème de l'usage, qui est de plus en plus saisi en termes de santé publique qu'en termes de violation des lois, d'atteinte à l'ordre public, d'aliénation mentale ou de déchéance sociale. Deux distinctions fondamentales s'opèrent à cette occasion :

- la distinction entre des usages présentant des risques variés et, en particulier, entre usage simple, abus (DSM III) ou usages nocifs (CIM-10) et dépendance ;
- la distinction, ensuite, entre les drogues : le vocable « drogue » perd peu à peu son caractère générique pour laisser apparaître des drogues plus ou moins risquées et plus ou moins dangereuses pour la santé, même si les droits de beaucoup de pays européens ne prennent pas acte de ces distinctions médicales et scientifiques.

Dans les deux cas, comme il en est de nombreux autres sujets (Borraz, 2008), le risque est devenu l'unité à l'aune de laquelle se distinguent, se hiérarchisent et se classent les drogues. L'usage de drogue fait désormais partie de ce vaste

continent des « conduites à risques », dont les déterminants sont, malgré les précautions prises, souvent présentés comme essentiellement individuels et que l'on isole, souvent à tort, du contexte social dans lequel ils s'expriment et qui peut en modifier singulièrement l'efficacité (Perreti-Watel, 2004). Les usagers de drogues « rentrent dans le rang » : ils sont conçus, dans cette perspective, comme des individus autonomes, capables d'estimer les risques qui pèsent sur leur vie future, à l'image de l'homme moderne analysé par Giddens.

## Sanitarisation et naissance de l'addictologie

Cette sanitarisation de l'approche des drogues, à la fois cause et conséquence de la mise en œuvre d'une politique extensive de réduction des risques, pourrait être renforcée par la naissance récente de l'addictologie et par la volonté politique croissante de penser (au moins dans le champ sanitaire) les usages de drogues illicites, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac comme tous susceptibles de conduire à des usages risqués, voire à la dépendance. Pour une part toujours plus grande de la communauté savante et des experts, le terme générique d'addiction doit désormais, en effet, subsumer les concepts d'alcoolisme, de toxicomanie ou de tabagisme : « addictologie », « addiction » et « pratiques addictives » sont ainsi les termes qu'il convient aujourd'hui d'utiliser dans les arènes professionnelles et politiques constituées autour des problèmes de drogues (Bergeron, 2003). Au fondement de ce mouvement, la percée, sur le marché scientifique comme en politique, des explications neurobiologiques des phénomènes d'addiction : théories qui montreraient l'existence de voies communes neurobiologiques à l'ensemble des pratiques addictives. La montée des explications d'ordre neurobiologique, qui fondent autant l'avènement de l'addictologie comme discipline clef de l'offre clinique que les orientations nouvelles des politiques publiques (Bergeron, 2003), accentue ainsi la médicalisation et la sanitarisation que nous évoquions plus haut. Trois arguments principaux peuvent être avancés pour soutenir cette hypothèse (Bergeron, 2006) :

- le regroupement des divers produits en une seule classe, celle des produits psychoactifs pouvant conduire à des pratiques addictives (plus ou moins risquées) est une opération cognitive qui gomme ou dilue l'épaisseur sociale et culturelle qui différencie encore symboliquement ces mêmes substances et la consommation ;
- en considérant, de plus, l'addiction comme la conséquence de dysfonctionnements neurobiologiques chroniques (qu'ils se réalisent sur la base d'une vulnérabilité innée ou acquise), la recherche en addictologie pointe désormais la possible découverte de médicaments ou de vaccins (comme pour la cocaïne), comme horizon raisonnable souhaitable ;

- enfin, les politiques publiques sectorielles qui se sont longtemps focalisées sur le versant curatif de l'intervention thérapeutique, en s'adressant principalement aux toxicomanes avérés, se transforment en des politiques qui visent tous les comportements de consommation, de l'usage simple à la dépendance. Autrement dit, ce qui relevait autrefois essentiellement d'une régulation morale et d'un contrôle juridique (l'abus et l'usage simple) tombe désormais également dans la juridiction d'une politique de santé publique globale.

Ces trois mouvements contribuent à inscrire la légitimité des politiques de contrôle et de régulation de l'usage dans des nécessités plus proprement sanitaires et médicales.

Finalement, c'est au moment de l'histoire des politiques de drogues où la compréhension biomédicale des déterminants de leurs usages (et en particulier de la dépendance) semble progresser que la réponse coercitive, dans certains États, trouve les conditions de son plus grand épanouissement. Comme l'indique Pharo (2006), l'addiction est devenue la seule maladie dont on punit les conséquences (c'est-à-dire l'usage).

## **Sanitarisation et rapprochement des politiques européennes de stratégie anti-drogues**

Le contrôle des usages et bien sûr du commerce des drogues sont longtemps restés principalement d'ordre judiciaire et policier, même si les toxicomanes se sont vite vu offrir des traitements de toutes sortes. Progressivement, et de manière plus évidente dans le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle, les problèmes liés aux drogues ont été toutefois de plus en plus manifestement définis en référence à une grammaire sanitaire et aux conséquences pour la santé publique qui pouvaient leur être liées.

Longtemps, les politiques publiques ont paru se définir dans le cadre de logiques et de spécificités essentiellement nationales : elles semblaient être marquées par les particularismes sociaux, institutionnels et culturels de chacun des États. Cattacin et Lucas (1999) distinguaient ainsi, en Europe, trois types d'États-providence constitués dans les différents pays européens. L'on peut se demander aujourd'hui si la médicalisation et la sanitarisation des problèmes de drogues n'ont pas contribué à effacer les différences les plus saillantes entre pays européens. Ce progressif rapprochement des politiques européennes doit certainement beaucoup à la reconnaissance croissante du caractère fondamental de la réduction des risques dans les stratégies anti-drogues, tout autant qu'au refus de considérer la prison comme la peine devant sanctionner l'usage simple. Il est remarquable qu'il s'agisse là de deux pommes de discorde qui divisaient profondément les États membres il y a encore dix ans, et qui sont aujourd'hui des sujets suscitant sinon un froid consensus, du moins des discussions plus techniques et moins passionnées. Il



est, bien sûr, trop tôt pour affirmer que les politiques des États européens connaissent des trajectoires parfaitement convergentes, mais l'on peut toutefois légitimement se demander si un modèle européen de politique des drogues n'est pas en train d'émerger, sur un sujet où l'Union européenne n'a pourtant guère de compétences communautaires. Les ressorts précis des dynamiques présidant à ce supposé processus de convergence politique restent encore à explorer, même si certains auteurs forment déjà quelques hypothèses sur le rôle clef de la Commission européenne et de certaines de ses institutions (Grange, 2005 ; Bergeron, 2005).

## Phénomène de juxtaposition de l'État social et de l'État pénal en Europe

On remarquera également avec intérêt que les politiques européennes se distinguent de celles menées aux États-Unis, où l'État pénal aurait, d'après certains auteurs (Wacquant, 1998), remplacé l'État social. Ce que l'on pourrait appeler le « modèle de la fonction inverse » et qui suppose que la réponse pénale s'accroît à mesure que l'offre sociale décline ne s'applique guère à la situation européenne : contrairement à ce qu'avance Wacquant pour les États-Unis (et en le paraphrasant), le traitement pénal sévère (par l'emprisonnement en particulier) de l'usage simple de drogues a progressivement, en Europe, été doté d'une charge symbolique négative, tandis que l'approche médicale et sociale (donc par le *welfare*) s'est vue gagner progressivement une connotation positive. Toutefois, si l'État pénal, décrit par Wacquant, cet État qui enferme plutôt qu'il ne traite (ou qui traite en enfermant), ne s'est pas épanoui en Europe, l'on ne peut manquer de relever l'augmentation des interpellations massives pour usage dans un grand nombre de pays, les tentatives de maximisation de la réponse judiciaire à l'usage, dans un certain nombre d'autres, et le maintien généralisé du principe de la prohibition. Ainsi est-il plus juste de constater l'existence d'un phénomène de juxtaposition de l'État social et de l'État pénal en Europe, que d'avancer l'hypothèse d'une relation de compensation.

**En conclusion**, on ne peut s'empêcher de pointer l'existence d'une tendance à réprimer les « atteintes au bon agencement des relations en public » (Wacquant, 1998) : législation sur la drogue au volant, mesures de lutte contre les nuisances publiques (en particulier en Irlande, aux Pays-Bas, en Belgique et en Grande-Bretagne), interdiction des rassemblements de jeunes qui boivent de l'alcool dans les lieux publics (Espagne), dispositions réglementaires encadrant l'organisation de *rave parties* et leur isolement dans des espaces fermés, ou encore tentations grandissantes de contrôle de la consommation sur le lieu de travail et du développement consécutif de l'utilisation des tests (Crespin, 2004)... Voilà autant de mesures, diverses certes, mais qui cherchent la « civilisation » de conduites nuisibles pour la collectivité, leur maintien à distance



de l'espace partagé ou tout bonnement leur interdiction (Bergeron, 2009). Il n'est pas déraisonnable de vouloir y discerner une volonté de protection de l'espace public et de la collectivité, protection qui était un des arguments clefs de la campagne de promotion de la réduction des risques. À n'en pas douter, comme dans le cas de la formation d'autres politiques publiques, les associations de « victimes » de ces usages et usagers auront un rôle plus important dans l'élaboration de l'action publique si pareille tendance venait à s'affirmer, comme ce fut le cas en France lors du vote de la loi sur les stupéfiants au volant en 2003 (loi dite Marilou, du nom de l'association créée par les parents d'une victime d'un accident de la route où le conducteur d'un des véhicules avait été testé positif au cannabis). Médicalisation, souci de sécurité sanitaire et contrôle de l'espace public, voilà les trois axes de développement de la régulation politique et du contrôle social de l'usage de drogues.

**Henri Bergeron**

*Centre de sociologie des organisations, Institut de Sciences politiques, CNRS  
Paris*

## BIBLIOGRAPHIE

ARMSTRONG D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness* 1995, 17 : 393-404

BERGERON H. L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. PUF, Sociologies, Paris, 1999

BERGERON H. Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions. OFDT, Collection Rapport de Recherches, Paris, 2003

BERGERON H. Europeanisation of drug policies: from objective convergence to mutual agreement. *In* : Health Governance and Theories. STEFFEN M (Dir.). Routledge, Londres, 2005

BERGERON H. Les politiques publiques en Europe: de l'ordre à la santé publique. *In* : Médecine et addictions. REYNAUD M (Dir.). Éditions Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006

BERGERON H. Sociologie de la drogue. Éditions La Découverte, Collection Repères, 2009

BOEKOUT VAN SOLINGE T. Dealing with drugs in Europe. An investigation of European Drug Control Experiences: France, the Netherlands and Sweden. Bju Legal Publishers, La Haye, 2004

BORRAZ O. Les politiques du risque. Presses de Sciences Po, Gouvernances, Paris, 2008

BOUDON R. L'idéologie ou l'origine des idées reçues. Le Seuil, Points, Paris, 1986

- BOUDON R. L'art de se persuader, des idées douteuses, fragiles ou fausses. Fayard, Paris, 1990
- CASTEL R. Une préoccupation en inflation. *Informations sociales* 1993, **26** : 87-96
- CATTACIN S, LUCAS B. Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau. Les transformations de l'État social en Europe. Les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales. *Revue française des sciences politiques* 1999, **49** : 379-398
- CRESPIN R. De la prévention à la répression : le parcours social des tests de dépistage des drogues. Une étude comparative France-États-Unis. Rapport pour la Mildt, 2004
- FAVRE P (DIR). Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987). L'Harmattan, Dossiers sciences humaines et sociales, Paris, 1992
- GRANGE A. L'Europe des drogues. L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie. L'Harmattan, Logiques politiques, Paris, 2005
- JOBERT B, MULLER P. L'État en action. Politiques publiques et corporatisme. PUF, Recherches politiques, Paris, 1987
- KÜBLER D. Politique de la drogue dans les villes suisses. Entre ordre et santé. L'Harmattan, Logiques politiques, Paris, 2000
- PERETTI-WATEL P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie* 2004, **45** : 103-132
- PHARO P. Plaisir et intempérance : anthropologie morale de l'addiction. Rapport de recherche Mildt, 2006
- THAM H. Drug control as a national project: the case of Sweden. *The Journal of Drug Issues* 1995, **25** : 113-128
- WACQUANT L. L'ascension de l'État pénal en Amérique. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1998, **124** : 7-26