Observatoire français des drogues et des tendances addictives

Juin 2022

Tendances
Hors-série international
Drogues et addictions,chiffres clés

Maitena Milhet,
Caroline Protais,
Cristina Díaz Gómez,
Fabrice Guilbaud

TENDANCES

LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE CHAMP DE L'ADDICTOLOGIE

RÉSUMÉ

Fondé sur une enquête qualitative menée auprès d'intervenants en addictologie, ce numéro de *Tendances* montre d'abord que, au-delà des identités professionnelles et des mandats des structures, les interventions auprès des usagers placent l'impératif d'adaptation à l'usager au cœur d'une activité de soutien. Celle-ci est pensée comme un accompagnement de la personne au jour le jour dans la gestion de ses difficultés relationnelles, émotionnelles et dans son rapport aux produits consommés. Ensuite, ce numéro met au jour des divergences entre les intervenants et entre les structures concernant l'accueil et le suivi d'usagers parfois perçus comme « non conformes ». Ces divergences mettent en lumière des seuils variables à partir desquels les intervenants estiment que l'accompagnement doit être limité ou suspendu.

Que veut dire exercer dans un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ou un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ? Quels sont les éléments définissant la « professionnalité »[1] des intervenants en addictologie ? Ces questions sont peu abordées dans la littérature scientifique. Un certain nombre d'analyses sociologiques ou historiques renseignent les principales évolutions des cadres de pensée qui ont guidé la construction et l'institutionnalisation de l'addictologie : depuis la référence à l'antipsychiatrie[2], à la pensée libertaire et à la norme d'abstinence caractéristiques des années 1970, jusqu'à la médicalisation des usages à travers l'avènement de l'addictologie et de la réduction des risques et des dommages (RdRD) aujourd'hui (Bergeron, 1999 ; Coppel, 2002 ; Dugarin, 2019 ; Fortané, 2010). Quelques auteurs se sont aussi penchés sur les contextes et les méthodes de travail des intervenants dans plusieurs types de dispositifs (Abgrall et Milhet, 2019). La production scientifique dédiée au champ des addictions porte principalement sur la mesure des prévalences d'usage et l'exploration des déterminants et des conséquences des consommations (Milhet *et al.*, 2015). De plus, la littérature consacrée aux interventions auprès des usagers est globalement éclatée entre des témoignages de professionnels, la restitution de cas cliniques et des recommandations de bonnes pratiques.

Parallèlement, bien que les missions des intervenants en addictologie soient définies dans les textes réglementaires[3] et leur mise en œuvre relayée dans des guides professionnels et de bonnes pratiques (ANESM, 2017), les activités réellement conduites sont peu connues. De par leur caractère général, les principes au fondement des interventions en addictologie forment un mandat professionnel qui peut faire l'objet d'interprétations variables selon les établissements, les équipes et les intervenants. Ainsi, constituer les pratiques professionnelles comme objet d'étude vise à objectiver les écarts qui se forment entre « travail prescrit » (mandat et bonnes pratiques) et « travail réel »[4] afin de montrer que le travail en actes procède d'une adaptation aux situations concrètes et aux personnes rencontrées. Il relève d'une coproduction renouvelée entre les usagers, les intervenants et leurs partenaires.

L'OFDT a souhaité contribuer empiriquement à l'éclairage des pratiques professionnelles en addictologie à partir

1. La « professionnalité » est ici définie comme un ensemble de savoirs et de savoir-faire propres à des intervenants revendiquant certaines compétences (Mathey-Pierre et Bourdoncle, 1995). Elle renvoie directement à la matérialité des pratiques, à la mise en évidence de manières de faire individuelles et collectives construites dans des univers professionnels spécifiques.
2. Courant de pensée porté par des psychiatres anglais et italiens (dont Ronald D. Laing et Franco Basaglia) puis des penseurs en sciences humaines et sociales (comme Michel Foucault en France) qui s'est déployé en Europe et aux États-Unis dans les années 1960 et 1970. Ce mouvement porte une critique de la psychiatrie de l'époque perçue comme aliénante et excluante pour les malades. Il envisage la maladie mentale comme une production de la société et non comme une réalité biologique.
3. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.
4. Distinction dont l'usage est courant en psychopathologie du travail et en sociologie du travail et des organisations.

d'une enquête dans plusieurs établissements [voir encadré « Méthodologie »]. Centrée sur l'activité des intervenants au quotidien, cette étude porte une attention particulière aux façons dont ils *« se débrouillent, en pratique et en réflexion, avec les ambivalences de ce qu'ils font »* (Cefaï et Gardella, 2011).

Méthodologie

Les résultats présentés dans ce numéro de *Tendances* sont issus d'une enquête qualitative réalisée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) entre 2019 et 2021*. Deux dispositifs majeurs du champ ont été ciblés : les CAARUD et les CSAPA.

La stratégie mise en place a consisté à faire varier les terrains pour mettre en évidence le « noyau dur » des pratiques et définir un arc de positions professionnelles des intervenants. Plutôt que de démultiplier les lieux d'enquête, le choix a été d'investiguer quatre structures sélectionnées pour leur mode de gestion, leur taille et leur implantation géographique, qui étaient d'accord pour une observation prolongée de leurs pratiques : un CSAPA hospitalier comptant plus de 20 intervenants en équivalents temps plein (ETP) et un CAARUD associatif (plus de 20 ETP), situés dans deux grandes agglomérations ; un CSAPA et un CAARUD associatifs (de 6 et 5 ETP environ) situés dans deux villes de taille moyenne. Cette sélection permet d'étudier les pratiques à destination de publics diversifiés (« grands précaires » en CAARUD, personnes en situation de soins en CSAPA) et d'observer des espaces et des lieux d'accompagnement différents : temps d'accueil et interventions collectives, consultations (situations de face-à-face entre un usager et un ou deux intervenants).

Le dispositif d'enquête mis en place repose sur la complémentarité des méthodes qualitatives : un premier temps d'observation directe et de suivi des intervenants a permis de décrire les activités conduites ; une deuxième phase d'entretiens individuels et collectifs avec les professionnels avait pour objectif de questionner les fondements des pratiques (parcours professionnel, formation, outils mobilisés, conception de l'accompagnement…) et les dynamiques d'équipe.

Au total, 30 jours de présence en première phase (au moins une semaine complète par établissement) ont permis d'observer 13 réunions d'équipe et 66 consultations individuelles avec des usagers. Au cours de la seconde phase, un entretien collectif par équipe et 42 entretiens semi-directifs individuels approfondis ont été réalisés (de 90 minutes en moyenne). L'enquête a été menée en binôme pour croiser les regards sur les données recueillies, notamment lors des observations ethnographiques. Tous les intervenants et consultants ont donné leur accord pour être inclus dans le dispositif d'enquête. Les noms des établissements, des professionnels et des usagers ont été modifiés, les données ont fait l'objet d'une analyse compréhensive thématique à l'aide du logiciel NVivo.

** L'enquête s'est déroulée en dehors des périodes de confinement intervenues lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Les établissements avaient repris une activité proche de la normale (accueil physique des usagers, consultations en présentiel, reprise progressive des activités collectives).*

Ce numéro de *Tendances* montre dans un premier temps qu'au-delà des identités professionnelles et des mandats des structures, les intervenants placent l'impératif d'adaptation à l'usager au cœur d'une activité de soutien, pensée comme un accompagnement de la personne au jour le jour dans la gestion de ses difficultés relationnelles, émotionnelles et dans son rapport au(x) produit(s) consommé(s). Dans un second temps, ce numéro présente des divergences entre les intervenants et entre les structures concernant la gestion de certaines figures d'usagers suscitant des émotions qui rendent difficile la poursuite du travail (Bercot *et al.*, 2022). Ces profils spécifiques, mais aussi les représentations des intervenants, mettent au jour des seuils variables à partir desquels ils estiment que l'accompagnement doit être limité ou suspendu.

Une professionnalité commune construite autour de la relation établie avec l'usager

Les CSAPA et les CAARUD sont constitués d'équipes pluridisciplinaires. Si certains pans d'activité sont liés à la profession (l'accès aux droits pour les assistantes sociales et éducateurs spécialisés, le travail autour du respect de la prescription médicale pour les médecins et infirmiers), de nombreuses pratiques sont partagées, au-delà des formations initiales (voir encadré « La formation des intervenants rencontrés »), des spécificités professionnelles et des mandats institutionnels des dispositifs.

Accueillir : l'usage social du corps et de la parole

En CSAPA, l'accueil est un simple espace d'attente et de passage ou bien un véritable poste de travail aménagé : les usagers y remplissent une fiche de contact, y boivent un café... Dans les CAARUD, l'accueil se déploie dans un espace à part entière où les personnes peuvent se reposer, se restaurer, discuter, jouer, sans nécessairement solliciter d'intervention spécifique.

De manière générale, l'accueil est une étape à part entière dans la création du lien. Un élément ressort comme transversal à toutes les structures : l'adoption d'une posture d'ouverture par laquelle les intervenants cherchent à manifester leur présence et leur disponibilité. Elle se traduit par un investissement du corps et un registre de discussion spécifique.

Montrer qu'on est de « bonne humeur », puis serrer la main constituent les premières conditions pour rendre possibles la création puis le maintien du lien avec l'usager. Une posture d'accueil se traduit ainsi par une disposition du visage : sourire quelle que soit son humeur du jour. Le corps tout entier est également mobilisé :

> *J'essaie d'ouvrir un peu les bras surtout quoi, pour que le sternum soit bien dégagé. Et j'essaie de planter mes yeux dans les yeux de l'autre. Voilà, c'est un peu ma façon de faire.*
> (Jean-Paul, 57 ans, travailleur pair en CSAPA)
> *On n'est pas là pour servir des cafés ou pour faire une mise à jour Pôle Emploi, ça ne se passe pas comme ça, il y a tous les à-côtés, il y a le non-verbal, il y a la posture, il y a notre disponibilité dans la salle d'accueil, l'accueil à la porte aussi.*
> (Léa, 40 ans, éducatrice en CAARUD)

Une posture physique de disponibilité peut se révéler d'autant plus importante s'agissant d'usagers dont le corps est fortement abîmé par les conditions de vie précaires. Se tenir proche de personnes au corps parfois malodorant ou dans un état de délabrement avancé est une manière de leur témoigner du respect.

Manifester à la personne accueillie qu'on est content de la revoir, la tutoyer, prendre des nouvelles en maniant l'humour, bavarder sont quelques-uns des éléments également mobilisés pour susciter la sympathie et construire le lien. Ce que les intervenants qualifient de « tact » et de « discrétion » désigne aussi des attitudes mises au service de l'accueil : écouter avant de parler ; « se poser » aux côtés de l'usager sans initier un sujet qu'il n'a pas abordé ; ne pas forcer la parole ; respecter le silence en réduisant la sollicitation de la personne.

Ces usages sociaux du corps et de la parole sont en définitive caractéristiques d'une posture qualifiée de « basse » par plusieurs intervenants. Ils visent un respect de l'usager dans sa dignité dès son accueil puis dans l'accompagnement qui va parfois suivre.

L'usager au cœur de l'accompagnement

Des objectifs définis et réajustés avec les usagers

Une grande partie des intervenants rencontrés s'abstiennent de poser des visées thérapeutiques a priori (en particulier celle de l'abstinence), cherchant à adapter leurs interventions aux objectifs et aux dispositions de l'usager. Parfois, l'échange est resserré autour de la dispense de matériel de réduction des risques ou du traitement de substitution aux opioïdes (TSO), l'intervenant témoignant alors sa disponibilité pour un accompagnement plus large si l'usager le souhaite, mais sans l'imposer, ni même insister.

Ainsi, pour certains intervenants, les temps d'accueil ou de consultation sont parfois entièrement dédiés à l'écoute et à l'accueil des émotions exprimées, sans objectif de suivi plus approfondi. Pour certains usagers, « jouant avec leur vie » dans la prise de produits selon les termes de Victoire, 36 ans, assistante sociale en CSAPA, l'objectif minimal que se donne l'intervenant est de « les aider à rester vivants » grâce au matériel délivré tout autant qu'à l'écoute qui leur est apportée.

Aux quelques usagers qui sollicitent un accompagnement renforcé, le praticien peut proposer une psychothérapie alors que, pour d'autres, il s'agira juste de « faire bouger quelque chose » en faisant une expérience nouvelle pour « mettre en mouvement » la personne :

> *J'ai un exemple marrant d'un patient avec qui le premier objectif, c'était qu'il change les lacets de ses chaussures. Autant vous dire que c'était pas ça qui était tellement intéressant dans le truc. Déjà, ça avait créé un jeu avec lui aussi (…). Mais il y avait aussi cette idée qu'en fait n'importe quel petit changement, quel que soit l'endroit du changement (…) permet de réouvrir des possibles.* (Julie, 38 ans, psychiatre en CSAPA)

Si les objectifs varient en fonction des usagers, ils évoluent aussi dans le cours de l'accompagnement. Évoquant le cas d'Aurélien, producteur de musique, consommateur d'héroïne de 40 ans, Victor, 42 ans, psychologue en CSAPA, explique qu'après quelques séances consacrées à un travail d'accompagnement de la réduction de ses consommations, il a démarré un suivi de type psychothérapeutique destiné à opérer des liens entre les émotions ressenties et son passé.

Les usages de drogues : un sujet parfois marginal dans les échanges

Ce travail au plus proche de l'usager et des objectifs qu'il pose implique que la réduction des consommations ne soit pas nécessairement un but en soi, ni qu'elle soit au cœur de l'accompagnement, si l'usager ne l'énonce pas comme un objectif ou s'il ne souhaite pas aborder le sujet. Quel que soit leur lieu d'exercice, CSAPA ou CAARUD, la plupart des

La formation des intervenants de CSAPA-CAARUD rencontrés

Sur le plan national, en 2016, dans les CSAPA, les emplois d'infirmiers sont les premiers (18,9 %) en équivalents temps plein (ETP), suivis par les psychologues (15,8 %), les médecins (psychiatres, généralistes et autres spécialistes ; 12,9 %) et les éducateurs spécialisés (12,5 %) (Palle et Rattanatray, 2018). En 2019, dans les CAARUD, les éducateurs sont les plus nombreux dans les équipes (31 % des ETP), suivis par les animateurs (14 %) et les infirmiers (13 %) (Díaz Gómez et Palle, 2020). Les équipes rencontrées sont constituées d'intervenants aussi variés que des médecins (généralistes, spécialistes, psychiatres), des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs-pairs (usagers ou ex-usagers embauchés dans une équipe au titre de leur savoir expérientiel). Certains pratiquent également la sexologie, la sophrologie, l'hypnothérapie… Ainsi, les intervenants sont issus de formations multiples : certaines s'inscrivent dans les cursus longs des professions réglementées ; d'autres, parfois non diplomantes, relèvent davantage du parcours professionnel de l'intervenant.

La formation initiale définit l'identité professionnelle de base : infirmier, travailleur social, psychologue, psychiatre, médecin généraliste… Certains ont également obtenu un diplôme universitaire en addictologie. Il permet d'acquérir un ensemble de connaissances sur les produits consommés et les mécanismes impliqués dans les addictions. Néanmoins, bon nombre de personnes interrogées expliquent que ce cursus centré sur l'addictologie délivre des connaissances trop rudimentaires sur les produits, leurs modes d'administration et les risques socio-sanitaires encourus. Laura, psychologue de 30 ans, ou encore Ronan, éducateur spécialisé de 32 ans, exerçant tous deux en CAARUD, en témoignent, expliquant s'être véritablement formés au contact des collègues ou des usagers, *« en allant voir des vidéos où ils montrent comment faire une injection parfaite, comment mélanger tel ou tel produit (…) et après, en en discutant avec les usagers. »*

La majorité des intervenants interrogés font également état de formations complémentaires réalisées à la suite à d'un besoin né sur le terrain ou d'un intérêt personnel spécifique, comme la formation à la psychanalyse, aux thérapies cognitives et comportementales (TCC) ou aux thérapies familiales, qui sont des orientations théoriques au demeurant assez classiques dans le champ de la santé mentale. La sophrologie, la pleine conscience, l'hypnothérapie constituent des formations courtes également mentionnées par les intervenants. Les formations à l'entretien motivationnel sont également mises en avant.

Les professionnels interrogés mentionnent enfin des formations moins institutionnalisées prenant des formes diverses : réalisation d'entretiens en binôme avec un intervenant plus « chevronné », séminaires/formations organisé(e)s en interne par les équipes… Ils mentionnent également des initiatives plus personnelles. Lectures, sessions d'« analyse de bonnes pratiques », mais aussi apprentissage « sur le tas » sont des éléments particulièrement valorisés qu'ils rattachent à leur « formation ».

intervenants, infirmiers, psychiatres, travailleurs sociaux ou travailleurs pairs, peuvent être amenés à se consacrer exclusivement à la distribution du matériel de réduction des risques et des dommages ou du médicament de substitution. Les consommations sont parfois abordées, progressivement, lorsqu'un accompagnement plus approfondi est réalisé. Il s'agit d'un sujet que les intervenants qualifient d'*« intime »* et ils s'adaptent là encore aux situations des usagers pour l'évoquer. De plus, l'usage dit *« maîtrisé »* (i.e. sans conséquence délétère pour la personne) reste souvent l'objectif de nombreux intervenants rencontrés et la majorité d'entre eux témoignent d'une dédramatisation des consommations.

Beaucoup appréhendent également l'usage de drogues comme inscrit dans un état plus général de mal-être, construit autour de la situation sociale de la personne, des liens qu'elle noue avec les autres, d'événements traumatiques passés… en bref, un ensemble d'éléments qui font système, auquel l'usage vient répondre. Ainsi, pour bon nombre d'intervenants, la consommation évolue en même temps que la situation globale de la personne, ce qui justifie un accompagnement plus large, et qu'elle soit peu, voire qu'elle ne soit pas abordée durant les temps de rencontre :

> *C'est-à-dire que vraiment dans beaucoup d'entretiens, on va pas parler de conso, on va parler d'autres choses (…). Si la personne, je sais pas moi, elle est en train de se faire battre par son mari et qu'elle est à la rue, on va pas lui demander d'arrêter de consommer de l'héro (…). Donc, il faudrait déjà régler tout ce qui est autour (…). Ça servirait à rien, ça marchera pas.* (Alessandro, 42 ans, infirmier en CSAPA).

Tenter des choses et être en mesure de s'éloigner des recommandations

Cet accompagnement au plus proche de l'usager se traduit également par une adaptabilité clinique importante :

> *Et si vous prenez une image, c'est un peu comme si la relation (avec l'usager), c'était une pièce entre nous et qu'il y avait deux portes pour y accéder. Peut-être qu'on n'emploie pas les mêmes outils quand c'est juste un rideau à ouvrir que quand c'est une porte blindée en fait. Si on devait montrer les critères, ça va être… je sais pas, le degré d'ouverture, la personne que je reçois en face, les mots qu'elle emploie aussi, le degré d'élaboration, parce que parfois, il y a des personnes aussi qui saisissent moins bien les métaphores, d'autres plus, d'autres qui vont être… qui vont avoir besoin de quelque chose de chaleureux, d'autres un truc plutôt froid, scientiste, distant, d'autres personnes qui vont vouloir… être secouées en entretien, entre guillemets. (…) Donc en fait, moi, j'essaie d'adapter ma posture en fonction de ce que je perçois de la demande en face, qu'elle soit explicite ou implicite en fait.* (Arthur, 35 ans, psychologue en CSAPA)

L'adoption de pratiques parfois éloignées ou non conformes aux recommandations de bonnes pratiques (ANESM, 2017) témoigne également de *« l'agilité »* des intervenants rencontrés dans leur objectif de s'adapter à l'usager. Une psychiatre interrogée a par exemple évoqué le cas particulier d'un homme ingérant quotidiennement une quantité importante de médicaments psychotropes qu'il se faisait prescrire par plusieurs médecins. Elle a choisi, en concertation avec l'équipe, de prescrire intégralement la dose consommée par l'usager (dépassant ainsi largement les recommandations de prescription[5]) pour construire avec lui une relation de confiance et travailler progressivement à une diminution.

Par-delà les frontières professionnelles : approche intégrative et transdisciplinarité

L'adaptation de la pratique aux personnes accueillies se traduit également par une circulation importante des intervenants et des outils mobilisés autour de l'usager.

Le soutien au temps présent

En dehors de certaines activités caractéristiques de certains métiers, tous les intervenants rencontrés s'investissent de manière plus ou moins formalisée dans une activité de soutien construite autour de la gestion des difficultés émotionnelles et relationnelles, ainsi qu'à l'égard des produits. Ce « travail » avec l'usager s'effectue d'abord dans le temps présent, plutôt qu'à travers une mise en lien avec des éléments du passé (comme cela est souvent réalisé dans les psychothérapies d'orientation analytique) ou d'une projection dans le futur. Cela engendre un brouillage saillant des frontières professionnelles. Cette orientation est particulièrement repérable chez les travailleurs sociaux ou les infirmiers. Ainsi, tous les infirmiers rencontrés se sont globalement éloignés des soins du corps pour aller vers cette activité de soutien. Les consultations d'Alessandro, par exemple, en témoignent : la discussion autour des médicaments occupe environ un quart des échanges avec les usagers, le reste étant centré sur de la vie actuelle de la personne, ses difficultés, son rapport aux autres, etc. Le constat est le même chez les assistantes sociales, dont l'activité ne se résume pas au travail administratif d'accès aux droits car quelques usagers ont besoin de parler de leurs difficultés avant d'engager un travail centré sur leurs « papiers ». Quelques travailleurs sociaux en viennent à se consacrer exclusivement à cette activité avec l'aval de leur direction. Par exemple, Régine, 50 ans, éducatrice spécialisée, s'est formée à la sexologie et assure des consultations avec des usagers chemsexeurs[6] en CSAPA.

Tous les intervenants paraissent ainsi réaliser une forme d'accompagnement au temps présent plus ou moins formalisé, plus ou moins introspectif selon les formations professionnelles initiales. La majorité des temps de soutien observés intègrent en effet des éléments communs : l'exploration de l'état psychologique de l'usager au moment de sa venue (dans ses relations avec les autres, dans les difficultés qu'il rencontre) ; l'invitation à comprendre « ce qui se joue » dans les situations décrites (grâce à des questions comme : *« comment tu expliques ça ? Qu'est-ce que tu as ressenti à ce moment ? »*) pour lui permettre de verbaliser ses émotions, tout autant que de comprendre les raisons de son comportement et de ses ressentis. Dans certains cas, l'intervenant s'autorise à suggérer ou poser des interprétations pour aider l'usager dans la lecture de son vécu (*« ça t'a permis de comprendre que tes parents étaient là »*) ou à conseiller et utiliser certains « outils » (issus des thérapies cognitives et comportementales, dites TCC, techniques méditatives...) lui permettant de gérer son émotion. Enfin, l'intervenant formule des propositions concrètes visant l'ajustement du comportement pour un mieux-être : *« est-ce qu'on pourrait se dire que la prochaine fois qu'il vient, vous buvez un café plutôt qu'une bière ? »* ; *« tu pourrais effacer son numéro de ton portable ? »* ; *« la prochaine fois que tu sens la tension monter, je te propose de prendre un quart d'heure pour lire l'extrait d'un livre que tu aimes bien à voix haute »*.

Faire varier les outils selon les situations

Concernant leurs « orientations théoriques », du moins les outils cliniques qu'ils utilisent, la plupart des intervenants revendiquent une approche dite « humaniste ». Andréa, psychiatre de 52 ans en

5. La Haute autorité de santé (HAS) émet des recommandations de prescription du médicament, en fonction des contextes potentiels d'usage, qui accompagnent son autorisation de mise sur le marché (AMM) par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM).
6. Porté par l'apparition des nouveaux produits de synthèse (NPS) et le développement des applications de rencontre géolocalisée, le chemsex désigne des pratiques d'usage de drogues en contexte sexuel par des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

CSAPA, explique aux enquêtrices : *« c'est basé (…) sur la relation humaine et faire en sorte qu'il y ait la primauté de la relation avant l'aspect technique. (…) On prend en compte d'abord la relation et le sujet dans ce qu'il veut, et de faire en sorte de travailler avec lui en globalité dans ce qu'il est, et puis lui demander son avis. »* Définir l'usager comme une personne qui est sujet dans la relation et être guidé par elle dans le travail clinique caractérisent la professionnalité des intervenants rencontrés et se rapprochent de ce que des sociologues spécialistes de l'intervention auprès d'autrui ont décrit (Demailly, 2008 ; Ravon et Ion, 2012). Cette posture explique et justifie la valorisation importante de la formation « sur le tas », au contact des usagers :

> *J'ai lu des bouquins une fois que je suis arrivée au CAARUD, mais c'est vrai que ça reste de la théorie. Le mieux, c'est quand même quand les mecs nous en parlent, quand ils nous expliquent concrètement comment ils font et limite on a envie de leur demander : « vas-y, mets tout sur la table, montre-moi. » Vraiment, c'est concret à partir du moment où c'est vraiment eux qui le racontent.* (Sidonie, éducatrice spécialisée en CAARUD, 30 ans)

La prééminence donnée à l'usager constitue également le point de départ à un « bricolage intégratif » (Julien, 40 ans, psychiatre en CSAPA), consistant à mobiliser l'outil le plus adapté à la situation clinique rencontrée :

> *Si l'idée de la clinique, c'est une rencontre singulière, c'est pas réagir de la même façon avec tout le monde en fonction de leurs besoins. Et en l'occurrence, Ninon (…), c'est une personne qui est très investie dans le suivi… (…) comme une adulte qui irait chercher une psychothérapie en libéral (…). Et en l'occurrence, madame Marais ou madame Attias, au début, c'était pas tout à fait la même posture. (…) La dernière fois que j'ai vu madame Attias, c'était quasiment de la libre association comme chez un psychanalyste, pour élaborer des choses du travail* (Arthur, 35 ans, psychologue en CSAPA).

Cette mobilisation différentielle d'outils thérapeutiques par les intervenants se traduit également par leur capacité à se former au fil de la pratique, en fonction des besoins ressentis sur le terrain (voir encadré « La formation des intervenants rencontrés »). Par exemple, Julien, psychiatre de 40 ans en CSAPA, s'est formé à la psychotraumatologie au bout de quelques années, Nicole, assistante sociale de 59 ans en CSAPA, à « l'approche expérientielle » et Sylvie, infirmière de 59 ans en CSAPA, à l'entretien motivationnel puis à la « sophrologie/pleine conscience ».

Dans l'éventail des formations complémentaires, l'entretien motivationnel et ce que les intervenants mettent sous l'étiquette de « TCC » sont les outils circulant le plus. Outre leur diffusion élargie dans divers segments professionnels de la psychologie et de la santé mentale (Forner-Ordioni, 2019), le recours aux TCC s'explique également matériellement : ces approches sont vite appropriables du fait de formations courtes (quelques jours pour la technique de l'entretien motivationnel), à l'inverse des formations à la thérapie familiale ou à la psychanalyse s'étendant souvent sur plusieurs années. Les « outils comportementalistes » semblent par ailleurs plus accessibles à certains qui les associent bien souvent à « ce qu'ils font déjà » : proches du travail éducatif pour les travailleurs sociaux ou de la délivrance d'informations et conseils effectués par les infirmiers pour limiter les risques et opérer des changements de comportement.

La circulation des intervenants autour des usagers

De façon générale, les intervenants de l'ensemble des structures conçoivent le suivi des usagers en complémentarité les uns avec les autres. Cette conception assure une fluidité dans la prise en charge et un cumul des regards :

> *C'est transdisciplinaire en fait (...). Il y a des moments, tu vas recevoir quelqu'un par exemple qui est bipolaire… (…) Moi, je fais mon truc, non, ça fonctionne pas. Je comprends pas, mes techniques d'entretien (éducatives thérapeutiques), elles fonctionnent avec tout le monde, avec lui, ça marche pas. (…) La psycho le reçoit, elle fait une évaluation. Effectivement, « Moi, je l'envoie chez le psychiatre, parce que pour moi, il est bipolaire. » (…) La psycho va prendre en charge en parallèle avec un psychiatre ou un médecin, peu importe, et l'éduc va rester là au cas où il y a un souci au niveau de tout ce qui va être dimension sociale.* (Jennifer, 40 ans, éducatrice spécialisée en CAARUD)

Certains répondants à l'enquête iront jusqu'à évoquer un mélange des cultures professionnelles : *« quand tu travailles en pluridisciplinaire, les professions se chevauchent et sont complémentaires »* (Sébastien, 42 ans, éducateur spécialisé en CSAPA). Ainsi, dans une partie des structures investiguées, les intervenants se substituent les uns aux autres dans la réalisation de l'accompagnement. L'accueil d'un nouveau venu et l'évaluation de ses besoins peuvent ainsi être réalisés par tous, là où les suivis peuvent être assurés en binôme : consultation en alternance entre le médecin psychiatre ou l'infirmier, l'infirmier ou le psychologue ; entretiens réalisés à deux intervenants (travailleur social et psychologue par exemple). En entretien collectif, Viviane, 32 ans, médecin généraliste, évoque par exemple le cas d'une patiente avec laquelle elle a eu une série d'interactions « difficiles » à un moment de l'accompagnement. Elle a alors proposé à une infirmière de la suivre le temps que les relations s'apaisent, avant de reprendre un suivi en alternance. Y compris sur des domaines propres à certaines professions, un intervenant peut se substituer à un autre : les prescriptions médicamenteuses peuvent être suggérées, voire rédigées par un infirmier et signées par le médecin. Pauline, 35 ans, psychologue en CSAPA, a expliqué devoir parfois « mettre sa casquette d'assistante sociale » dans des services ou dans des périodes de pénurie de professionnels.

Des seuils d'accueil et d'adaptation variables

Bien que l'accueil inconditionnel et l'accompagnement individualisé soient des principes au fondement des pratiques, il existe des différences entre les intervenants et les équipes concernant les limites posées à la prise en charge et à l'adaptation à l'usager. Ces « seuils », se traduisant par des structures plus ou moins ouvertes et des intervenants plus ou moins flexibles, sont indépendants des identités professionnelles et des missions des CSAPA ou CAARUD. Ils apparaissent comme imbriqués avec des émotions difficiles produites par certaines situations de travail et/ou inscrits dans les représentations d'une partie des intervenants.

Qui accueillir et jusqu'où aller dans le suivi ? Figures de l'usager « non conforme »

Les équipes définissent différemment le profil de personnes susceptibles d'être accueillies dans leur service ou réorientées vers d'autres services. Un usager perçu comme potentiellement violent, présentant des troubles psychiatriques, souvent très précarisé, constitue la figure archétypale de l'usager « non conforme » n'ayant pas sa place en structure d'addictologie, figure équivalente à celle du « patient problématique » décrite par les sociologues de la santé (Lorber, 1975) :

> *Il y en a où… ça freine des quatre fers pour les accueillir ou qu'on réoriente avant même le truc (...) Souvent des patients qui se font exclure de l'hôpital, avec plus de comorbidité psy, et puis… c'est une population qui traîne en centre-ville en fait. Donc, forcément, ils sont plus susceptibles de venir aussi entre deux rendez-vous formuler d'autres demandes...*

un café, un truc à l'assistante sociale (...) On a tendance à freiner cette file active-là qui viendrait, parce que [c'est] des gens à problème et [que nous ne sommes] pas assez outillés de notre côté. (Pauline, psychologue en CSAPA)

Dans une des structures investiguées, la sélection se fait au niveau du secrétariat qui pose systématiquement la question : *« est-ce que vous étiez déjà suivi ? (…) Et c'est comme ça que je découvre si la personne vraiment elle est suivie à l'hôpital [psychiatrique du secteur] »* (Marie, 60 ans, secrétaire médicale en CSAPA). Si c'est le cas, l'usager est invité à produire une lettre de recommandation de son psychiatre traitant pour être accueilli dans le centre. Cette procédure entraîne une réduction significative du nombre de personnes présentant des troubles psychiatriques dans cet établissement.

Toutes les équipes observées accompagnent des poly-usagers de substances dont une partie souffre de troubles psychiatriques et de conditions de vie précaires. Néanmoins, dans deux structures investiguées, ce profil de consommateurs est beaucoup moins présent. L'ambiance est conviviale au CAARUD Les Peupliers : la majorité des usagers restent à l'intérieur du centre, installés calmement autour d'une même table, évoquant les gros titres des journaux, entamant une partie de dames, consultant un magazine... Les personnes agitées, bruyantes, venant troubler ce climat sont rappelées à l'ordre par l'équipe, évoquant un « cadre » qu'il faut respecter. Par contraste, les usagers qui « se posent » quelques heures aux CAARUD La Roseraie ou au CSAPA La Forêt ne sont pas invités à « se calmer » ou à « sortir » malgré un comportement pouvant être qualifié de « perturbateur » (sauf altercation physique que les autres personnes présentes ne sont pas parvenues à contenir). À l'image des Peupliers, l'ambiance est globalement très calme au CSAPA L'Orangerie. Certes, monsieur Taupin vient fréquemment alcoolisé dans les locaux jusqu'à « faire n'importe quoi » (se coucher sous un bureau, étaler ses courses sur la table, proférer des menaces, voire se montrer violent). Il fait toutefois figure d'exception, alors que ce profil est banal au CSAPA La Forêt et au CAARUD La Roseraie.

La mise à distance des profils d'usagers présentant des comorbidités psychiatriques s'explique par les représentations négatives qui leur sont associées et des situations de travail vécues difficilement. La peur, l'idée d'un comportement imprévisible, le sentiment de ne pas être en capacité de les « gérer » sont des émotions souvent évoquées en entretien :

C'est vrai qu'on prend beaucoup, énormément, sur nous, pour ce genre de personnes (…). Donc, moi, personnellement, depuis cinq ans, pour certains patients, oui, j'ai peur. Franchement, je me sens dans l'insécurité. (Sylvie, 50 ans, infirmière en CSAPA)

Le manque de ressources et de coordination est également mentionné : pas ou peu de psychiatres sur site, sentiment de méconnaissance de ces situations, de ne pas avoir les « outils » pour les « gérer », et des partenariats défaillants avec l'hôpital et la psychiatrie de secteur. Toutes les structures ont rapporté cette difficulté. Milena, 36 ans, assistante sociale en CAARUD, l'évoque également, donnant l'exemple d'un usager que l'équipe a cherché à réorienter en vain vers l'hôpital psychiatrique avant de lui refuser l'accès au CAARUD, faute de qualification suffisante en interne :

Il avait une pathologie un peu psychiatrique… Plusieurs fois, on a été l'orienter vers l'hôpital, et ils nous avaient répondu un truc horrible, en disant « cette personne-là, sa place, elle est pas en psychiatrie, ce mec-là, c'est un psychopathe, et sa place est en prison, entre quatre murs, et pas dans nos locaux, à l'hôpital (…) ça avait été discuté en équipe, et… (…) enfin nous, on n'a pas de psychiatre, on a une psychologue, mais, enfin voilà, on peut pas se permettre, au vu des autres usagers, de faire entrer cet usager-là, il relevait pas de notre dispositif. Ça a été de longs échanges, en réunion, savoir où l'orienter, quoi faire. Du coup, après, on lui a refusé l'accès.

Une fois le suivi engagé, deux figures typiques d'usagers posent régulièrement problème aux équipes. Là encore, ceux qui présentent des comorbidités psychiatriques soulèvent des discussions régulières. Neige, au CSAPA La Forêt, a par exemple été longuement évoquée lors des quatre réunions d'équipe qui ont été observées. Elle est arrivée un après-midi en crise psychiatrique aigüe et l'équipe s'est mobilisée autour d'elle, essayant de la calmer, puis de contenir son agressivité qui s'exprimait contre plusieurs intervenants. L'après-midi s'est terminée par un appel aux services de police. Les intervenants mentionnent régulièrement une seconde figure typique d'usager difficile à accompagner, que certains associent à un échec de la relation d'aide : l'usager « qui ne bouge pas ». Cette figure recouvre les personnes qui ne soignent pas une maladie grave ou les conséquences somatiques délétères liées à leurs usages, celles dont la situation sociale ne s'améliore pas malgré l'aide des assistantes sociales, ou celles qui reprennent des consommations massives après les avoir diminuées.

Voilà, qui ont une grande passivité… qui peuvent venir, mais… avec des demandes très contradictoires, et dans une espèce d'attente que je fasse à leur place, voilà. Ça, c'est… j'ai du mal à gérer ça. (Victoire, 36 ans, assistante sociale en CSAPA)

Ces deux profils d'usagers « non conformes » confrontent les intervenants à des émotions et sentiments difficiles : peur, insécurité, énervement, colère, impuissance, échec, lassitude, voire épuisement. Ils témoignent alors de leur difficulté profonde à poursuivre le suivi, s'interrogeant régulièrement sur sa suspension, la prise de sanctions ou le report de celles-ci. Ces cas suscitent de nombreux échanges à l'intérieur des équipes qui mettent en lumière une pluralité de grilles de lecture et de modes de réaction préconisés en conséquence. Là où certains s'arrêtent aux émotions difficiles ressenties, d'autres vont rattacher le comportement de l'usager à des éléments de contexte plus larges.

Ainsi, pris dans un sentiment d'impuissance face à un usager « qui ne bouge pas », certains intervenants vont en venir à disqualifier le suivi, « inadapté », « inefficace », ou bien l'usager, « passif », « résistant ». Confrontés à des comportements identiques, d'autres intervenants vont faire une lecture différente, rejetant les notions de « réussite » ou d'« échec ».

Il ne faut pas avoir trop d'ambition. En même temps, si vous n'avez pas d'ambition, vous ne pouvez pas travailler non plus. Mais il faut être mesuré dans la volonté qu'on a aujourd'hui. On peut les aider, mais tout en sachant qu'il y a des forces en présence qui sont beaucoup plus attractives. (Yacine, 52 ans, éducateur en CAARUD)

Face à la violence, Sylvie, infirmière en CSAPA, exprime un sentiment d'insécurité fort face au « regard noir » de M. Taupin, quand Paul, infirmier en CAARUD, interprète les comportements agressifs de certains usagers comme un mode d'expression de la colère à relier aux sociabilités de la rue :

[Les menaces] ce n'est pas tous les jours non plus, mais ça arrive (…). Après, il y a aussi le fait qu'on travaille avec un public qui est à la rue, qui a une autre manière de s'exprimer, qui ne sociabilise pas comme nous et ne s'exprime pas comme nous. Parfois, tu sais très bien que derrière « je vais te tuer à la sortie », il n'y a pas grand-chose ou ce n'est pas ça qu'il veut vraiment te dire, c'est qu'il y a peut-être d'autres choses qui s'expriment. Parfois, ça m'est déjà arrivé de me faire menacer sans me sentir vraiment menacé. (Paul, 35 ans, infirmier en CAARUD)

Ces cas divisent alors les équipes entre les intervenants qui défendent le principe de l'accueil inconditionnel et l'adaptation à la singularité de la personne et ceux qui souhaitent refermer les portes à l'usager ou, a minima, considèrent qu'un « rappel au cadre » doit être réalisé. Cet échange observé en réunion hebdomadaire au CSAPA L'Orangerie en témoigne :

> *- Quand on s'adresse à un public qui est concerné par ces problématiques-là, on sait qu'on a plus de chances de rencontrer la violence que si on s'adresse à des enfants haut potentiel quoi.*
> *- Non, ça veut dire, il faut toujours recadrer, recadrer, recadrer. Il faut dire : « Stop, stop, c'est mes limites, j'accepte pas de violence. »*
> *- Ou… accueillir, accueillir, accueillir…*

Le parcours professionnel de l'intervenant, son expérience éventuelle dans le secteur de la santé mentale et les ressources (relationnelles, cognitives, etc.) dont il dispose pour effectuer un « travail émotionnel » visant une maîtrise de ses émotions (Jeantet, 2018) expliquent en partie ces divergences. L'influence de l'institution, son histoire, les ressources collectives (niveau d'encadrement, modalités de partage des situations rencontrées dans le travail), ainsi que les orientations portées par les chefs de service contribuent également aux différences observées parmi les structures enquêtées. Par exemple, la réorientation vers d'autres services pourra ainsi être discutée après une simple altercation verbale dans certains CSAPA/CAARUD quand d'autres perçoivent la violence potentielle comme une « routine » inhérente à l'accueil de publics « exclus parmi les exclus ». C'est notamment ce qu'exprime l'équipe du CAARUD La Roseraie qui ne ferme jamais définitivement la porte.

Limiter les services proposés : l'irruption des représentations du professionnel

Certains intervenants limitent quantitativement ou qualitativement certaines interventions ou services. Ces pratiques s'appuient sur des représentations sous-jacentes, propres à certains professionnels ou diffusées au sein de l'équipe, prenant ainsi de la distance par rapport aux demandes verbalisées par les usagers.

Gisèle, infirmière en CAARUD, par exemple, limite le sucre mis à disposition pour les cafés ou les soupes en sachet qui sont proposées dans le cadre des collations. Elle entend ainsi mettre en place et diffuser auprès des usagers et de ses collègues une démarche et une « culture d'éducation à la santé » avec plus ou moins de succès. D'autres intervenants interprètent les demandes répétées de nourriture comme le symptôme d'une fragilité psychique : certains usagers auraient besoin de « se remplir » au-delà de la sensation de faim. Limiter ou différer l'offre de nourriture permettrait ainsi d'ouvrir un temps d'échange avec l'usager pour « donner du sens » à leur venue.

Une partie des intervenants met également en question l'intérêt des temps d'accueil pour les usagers qui semblent « tarder à faire quelque chose ». En fin d'après-midi au CAARUD Les Peupliers, une éducatrice interpelle par exemple un usager attablé et lisant le journal, lui signifiant qu'il pourrait mettre ce temps à profit pour faire des démarches de recherche d'emploi. Dans ce type de situations, les intervenants peuvent décider collectivement de réguler la venue de ces personnes dans les locaux, les incitant à venir quelques jours par semaine par exemple, voire en refusant de les accueillir tous les jours. En bref, pour cette équipe, le temps passé dans la structure doit avoir « un sens », être « utile ».

Le même type de raisonnement peut être appliqué aux sanctions, qu'une partie des intervenants perçoit comme thérapeutiques, du moins utiles :

> *Ils ont dérogé au règlement, ils ont consommé sur place. Il faut qu'on pose une sanction. Ça va être : « On limite parce que là tu as picolé dans la cour et tu sais que c'est interdit. Voilà. On ne va pas t'exclure totalement parce qu'on sait que tu as besoin de venir ici, mais tu ne pourras venir que deux fois par semaine. » Donc, c'est un modèle de sanction. Et puis, on se dit que ça peut être aussi intéressant qu'ils mettent en place d'autres choses. On dit : « Écoute. Essaie quand même. Le mardi, il y a telle structure qui est ouverte. Peut-être que ça va t'ouvrir sur autre chose. Tu vas rencontrer d'autres gens. »* (Laura, psychologue, 30 ans)

Les représentations propres des intervenants s'expriment également sur la question de la consommation. Là où certains acceptent les usages sans jugement de valeur, une partie d'entre eux perçoivent toutefois le sevrage comme un horizon souhaitable, associant abstinence et amélioration de la santé. Y compris en CAARUD, certains intervenants s'inscrivent dans des interventions orientées vers la RdRD tout en manifestant le souhait d'accompagner vers l'arrêt des consommations :

> *L'arrêt du tabac peut être un objectif. À l'origine, je me disais « Mais jamais ces gens-là ne vont arrêter de fumer. » Mais en fait, c'est faux. C'est quand même la première cause de mortalité en France (…) Donc si on réussit à les faire arrêter de fumer, c'est déjà pas mal. (…) On a beaucoup de patients qui sont alcooliques aussi, par exemple. Voilà, les aider à peut-être se sortir de l'alcool ou leur donner au moins des informations sur comment se passe un sevrage, les mener petit à petit vers l'idée d'un sevrage. Après, je sais que quand je suis arrivée ici, je venais de ce que l'on appelle « le soin », parce qu'ici, on n'appelle pas ça « le soin », alors que pour moi, le soin peut être partout. On m'a dit « Mais tu n'es pas censée les inciter à arrêter, c'est la réduction des risques. » Mais moi, je ne peux pas faire ça. (…) c'est quand même mon métier, le soin.* (Gisèle, 55 ans, infirmière en CAARUD)

Au final, répondre systématiquement aux demandes des usagers est ainsi parfois considéré comme contraire à la relation d'aide. Aux yeux des intervenants concernés, certains usagers (en particulier les usagers « non conformes ») auraient au contraire « besoin » de limites pour apprendre à protéger leur santé ou pour s'engager dans une trajectoire au service de leur bien-être social et psychologique.

Conclusion

Les pratiques des intervenants en addictologie sont structurées autour d'un travail relationnel conceptualisé en sociologie de l'intervention sociale (Demailly, 2008 ; Ravon et Ion, 2012). Il peut être défini comme un « genre professionnel de l'intervention auprès d'autrui (…) fondé sur une éthique pratique, ancrée dans la sensibilité et la singularité des situations plutôt qu'attachée à des principes abstraits prédéfinis » (Ravon et Ion, 2012). Quelle que soit l'identité professionnelle, l'intervenant met en place un accompagnement au plus proche de l'usager, caractérisé par une coproduction de la relation car *« accompagner, c'est faire un bout de chemin avec l'autre, et non pour ou malgré lui ; lequel est considéré par là même comme une "personne à part entière", un "acteur" plutôt qu'un "patient" »* (Ravon et Ion, 2012).

À un niveau plus général, cette horizontalisation de la prise en charge peut être mise en lien avec le mouvement d'aplanissement des rapports hiérarchiques traditionnels entre professionnels de santé et patients, conforme à l'évolution du champ de la médecine en lien avec l'épidémie de sida (Dodier, 2003) d'un côté, et le rapprochement entre aidants et aidés s'agissant du travail social (Cefaï et Gardella, 2011 ; Ravon *et al.*, 2000) de l'autre.

Les intervenants en addictologie et les équipes des différentes structures investiguées oscillent néanmoins entre plusieurs registres d'action. Ceux-ci traduisent des divergences éthiques et morales sur l'enjeu des frontières et des limites d'un accueil inconditionnel venant mettre à l'épreuve leur « maîtrise émotionnelle » (Jeantet, 2018) face aux usagers « non conformes ». En miroir de ce qui a pu être observé dans les structures de soins psychiatriques, reléguant les patients usagers de drogues au second plan (Martin, 2000), le monde professionnel de l'addictologie paraît divisé sur la question de la prise en charge des usagers présentant des « comorbidités psychiatriques », suscitant un inconfort, voire la peur chez certains intervenants (notamment ceux connaissant peu le monde de la psychiatrie et ses modalités d'intervention) des comportements imprévisibles et parfois violents d'usagers. La personne « addict » et « psychotique » représente ainsi une figure de l'usager « non conforme », entre deux mondes, révélant ainsi les difficultés à mettre en place une prise en charge coordonnée.

L'analyse des pratiques professionnelles réalisée dans cette enquête met par ailleurs en lumière des intervenants naviguant en partie au-delà des spécificités de leurs professions d'origine, construisant un pan de professionnalité commune autour d'une activité de soutien de l'usager au jour le jour. Cet affranchissement (partiel) des frontières professionnelles se traduit par une mobilisation différentielle des outils (notamment ceux d'appropriation rapide, comme la technique de l'entretien motivationnel) et un certain degré d'interchangeabilité entre les intervenants, donnant un sens fort au principe de prise en charge inter-(voire trans-) disciplinaire souvent affirmé par les équipes. En s'écartant du mandat dévolu au champ de l'addictologie, les pratiques observées témoignent d'une certaine distance à l'égard des produits et des usages, tout au moins de l'horizon de l'arrêt des consommations, pour œuvrer au mieux-être et à la santé globale (physique, psychologique et sociale) de l'individu. Ces résultats indiquent des proximités professionnelles et de professionnalité avec des intervenants d'horizons variés impliqués auprès de publics vulnérables dans les secteurs de l'intervention sociale et de la santé mentale.

Remerciements

À l'ensemble des structures ayant participé à l'enquête, à l'ensemble des professionnels qui ont accepté la présence des enquêtrices durant leurs activités quotidiennes et qui leurs ont accordé des temps de discussion parfois longs, à l'ensemble des usagers ayant accepté leur présence durant des temps de discussion souvent intimes.

Au comité de pilotage de l'étude pour son aide au cadrage de l'étude : Henri Bergeron, Anne Coppel, Olivier Phan, Nina Tissot, Isabelle Varescon.

Bibliographie

Abgrall E., Milhet M. (2019) Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales. Paris, OFDT, 17 p.

ANESM (2017) La réduction des risques et des dommages dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 76 p.

Bercot R., Jeantet A., Tcholakova A. (Dir.) (2022) Émotions, travail et sciences sociales. Toulouse, Octares Editions, 198 p.

Bergeron H. (1999) L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Paris, PUF, coll. Sociologies, 370 p.

Cefaï D., Gardella E. (2011) L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris. Paris, La Découverte, 576 p.

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.

Demailly L. (2008) Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 374 p.

Díaz Gómez C., Palle C. (2020) Les CAARUD : évolutions récentes (2014-2018). Note de synthèse 2020-07. Paris, OFDT, 16 p.

Dodier N. (2003) Leçons politiques de l'épidémie de sida. Aubervilliers, Éditions de l'EHESS, 360 p.

Dugarin J. (2019) L'addictologie : d'une néo-discipline et de son homogénéité. Conditions de production des savoirs à l'œuvre. *Psychotropes*, Vol. 25, 9-22.

Forner-Ordioni E. (2019) "Whatever Works". Sociologie des thérapies cognitives et comportementales. EHESS, Thèse de sociologie.

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

Jeantet A. (2018) Les émotions au travail. Paris, CNRS Éditions, 328 p.

Lorber J. (1975) Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 16, n° 2, 213-225.

Martin J.-P. (2000) Psychiatrie dans la ville. Pratiques et clinique de terrain. Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 224 p.

Mathey-Pierre C., Bourdoncle R. (1995) Autour du mot « Professionnalité ». *Recherche et Formation*, n° 19, 137-148.

Milhet M., Díaz Gómez C., Mutatayi C. (2015) Comparative analysis of research into illicit drugs across Europe (2010-2013). Brussels, European Commission, 334 p.

Palle C., Rattanatray M. (2018) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Analyse des données des rapports d'activité des CSAPA. Saint-Denis, OFDT, 109 p.

Ravon B., Pichon P., Laval C., Franguiadakis S. (2000) Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des "personnes en souffrance". Paris, Saint-Etienne, Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation ; Fondation de France, Centre de recherches et d'études sociologiques appliquées de la Loire, 244 p.

Ravon B., Ion J. (2012) Les travailleurs sociaux. Paris, La Découverte, coll. Repères, 128 p.

Ours

Tendances
Directeur de la publication : Julien Morel d'Arleux / Rédactrice en chef : Ivana Obradovic / Comité de rédaction : Virginie Gautron, Fabien Jobard, Aurélie Mayet, Karine Gallopel-Morvan / Infographiste : Frédérique Million / Documentation : Isabelle Michot.

ISSN : 1295-6910 / ISSN en ligne : 2272-9739 / Dépôt légal à parution / Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol - 75010 Paris / Crédits photos : © Rawpixel (Adobe Stock)

Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris
Tél. : 01 41 62 77 16
e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr