

L'ouverture du traitement résidentiel à la substitution implique de mettre la personne dépendante au centre des prestations. Elle interroge aussi le processus en cours de médicalisation du social et la nécessité d'échanges interdisciplinaires pour des identités professionnelles en évolution. (réd.)

Pierre Mancino,
Gérald Thévoz,
Association ARGOS

Substitution et abstinence au CRMT à Genève

Le secteur de la thérapie résidentielle des addictions se trouve confronté depuis quelques années à des questions de fond. Les institutions des secteurs résidentiels ont accepté, parfois avec résistance, de relever les multiples défis qui touchent aussi bien leurs prestations, leur organisation que leur financement. Le rappel du contexte historique genevois en matière de toxicomanie illustre le processus évolutif qu'ont suivi l'Etat et ses différents interlocuteurs dans ce domaine. Le repérage des changements relevé par ces derniers, plus particulièrement par le Centre de Jour Entracte pour ce qui nous concerne, a conduit l'association Argos à revoir son concept d'intervention. L'intégration du traitement à la méthadone devait d'une part susciter de nombreuses discussions, notamment à propos des représentations

relatives à l'impact du traitement et de l'efficacité des professionnels auprès des personnes en cure de méthadone. Cependant, grâce aux réflexions menées, ils ont reconnu que leurs connaissances et leurs savoir-faire pouvaient répondre aux besoins et aux attentes des personnes en cure. D'autre part, ce traitement s'inscrivait tout à fait dans le cadre du processus de changement dans lequel les personnes toxicodépendantes souhaitent s'engager. Néanmoins cette intégration venait aussi directement interroger les pratiques, les modèles d'intervention et les théories de ce secteur et poser, à travers elle, la question de la médicalisation des conduites addictives. Cette ouverture impliquait des clarifications, des redéfinitions aussi bien internes qu'externes avec les différents partenaires des réseaux concernés, de plus elle questionnait directement les identités professionnelles. Dès lors, il faut bien reconnaître que,

dans leur contexte, les professionnels du secteur résidentiel d'Argos, et plus largement des autres institutions, ont été et sont encore confrontés à un challenge de taille en ce qui concerne la collaboration avec le domaine médical. Alors que le risque de se trouver dans une logique d'agent reste d'actualité («médicalisation du social») nous pensons qu'il est possible de défendre et de développer une position d'acteur, de co-partenaire («socialisation du médical»), c'est ce que nous voulons souligner dans cet article. Cette démarche d'intégration d'un traitement d'un domaine dans un autre permet à chaque partenaire de reconnaître et d'intégrer au sein de sa pratique la particularité du regard, des connaissances et des techniques des différents protagonistes. Tout cela dans le but de co-construire, dans le respect de ses droits et devoirs, avec le résident/patient, un traitement adapté à ses besoins et ses attentes.

Historique

L'association Argos a débuté son action auprès des personnes toxicodépendantes en 1978, avec l'ouverture du Toulourenc. Le contexte politico-idéologique à Genève (Broers, Mino 2001; Arsever, Mino, 1996) a considérablement changé depuis, et il en va de même pour ce qui est des interventions cliniques tout comme de la compréhension de la problématique des addictions. L'évolution des besoins et les questions qui accompagnaient les interventions ont porté à la

création d'un Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) en 1985; première structure du genre en Suisse. L'offre de soins, limité à un séjour d'environ quatre mois, propose aux personnes accueillies un temps d'évaluation et de bilan autour de leur consommation; une expérience d'abstinence n'ayant pas comme premier objectif l'arrêt définitif de leur consommation.

Il s'agit d'une première approche, en douceur, de la complexité du symptôme de l'addiction. Le début des années nonante a vu la création de la Permanence Familles (offre qui complétait celle qui existait déjà à l'intérieur des centres résidentiels); puis en 1997 le centre de jour Entr'acte a ouvert ses portes.

La fin de cette décennie et le début 2000 furent ceux de l'élaboration et de la mise en place d'un nouveau concept d'intervention global, le «parcours Argos». Ce concept d'intervention décline de manière dynamique l'interdépendance des offres thérapeutiques internes et externes permettant aux personnes toxicodépendantes de passer de l'exclusion à l'insertion et de la consommation à l'abstinence. Cette notion traduit notre souci, dans le champ des prestations, de rester au plus près des besoins et des difficultés liées aux différentes réalités (bio-médico-psycho-sociales) auxquelles doivent faire face les consommatrices et les consommateurs de drogues. C'est dans cette perspective qu'Argos, nourrie des réflexions menées par les équipes et les échanges avec ses différents partenaires, a étendu son offre thérapeutique aux personnes en cure de maintenance à la méthadone.

La piste avait été ouverte par différentes recherches, notamment à propos de la prescription médicale d'héroïne (A. Uchtenhagen, 1995; A. Mino, 1990, 1995) ainsi que l'ouverture de la thérapie résidentielle à la prescription et la gestion de psychotropes légaux (G. Thévoz, 1997). Cet accueil a débuté dans le cadre d'un projet d'une année. Après évaluation et en concertation avec les différents partenaires (Département de l'Action

Sociale et de la Santé, Service de Santé Communautaire et Service d'Abus de Substances de l'Hôpital Universitaire Genevois, M. Tosi, pharmacien de Chêne-Bourg) ce projet fait désormais partie des prestations d'Argos. Début septembre 2002, les premières personnes avec un traitement de substitution à la méthadone sont entrées au CRMT.

Repérage des nouveaux besoins

Nous constatons maintenant depuis quelques années déjà que des nombreux changements s'opèrent dans le domaine des addictions, tant du côté des consommateurs que des professionnels.

Côté consommateurs, c'est surtout le développement, pour ainsi dire systématique, d'une polyconsommation avec d'une part l'augmentation de la cocaïne et d'autre part celle des benzodiazépines et de l'alcool.

A cette situation sont venues s'ajouter de nouvelles contraintes externes, notamment en matière d'insertion socio-professionnelle (chômage) et d'intégration sociale (A. Huber, 2004) ainsi que le constat d'un déficit croissant en ce qui concerne l'acquisition de compétences sociales.

Autre constat, l'association de ces éléments à ceux qui relèvent de la psychopathologie s'est traduite par une augmentation des demandes de rentes assurance invalidité (processus qui exprime, selon nous, une tendance à la «psychiatriation» des addictions). Du côté des professionnels et des traitements proposés, nous observons une augmentation régulière de la prescription de divers médicaments à commencer par la méthadone mais aussi la buprénorphine, la codéine, la morphine retardée, ainsi que la prescription croissante de médicaments psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, stabilisateurs d'humeur, neuroleptiques) le plus souvent associés à un traitement à la méthadone. C'est donc dans ce contexte que plusieurs acteurs du réseau genevois développèrent des offres adaptées à chaque problématique. Parmi celles-ci mentionnons l'accueil des enfants



avec leurs parents dépendants au Trait d'union, le Seran, unité hospitalière fermée, plus particulièrement pour les situations de crise, L'Envol, structure de soins pour les personnes sous méthadone souffrant de problème d'alcool, le Quai 9, local d'injection anciennement rattaché à Groupe Sida Genève et qui fait partie depuis le 1^{er} octobre dernier de *Première ligne*, Association genevoise pour la réduction des risques liés aux drogues. Le centre de jour d'Argos est aussi devenu un espace d'accompagnement et d'observation des mutations du paysage des addictions comme de leur traitement. C'est également à partir de ses multiples contacts avec les partenaires du réseau que cette structure d'accueil a pu enrichir la réflexion interne de l'association quant à la possibilité d'accueillir des personnes en cure de maintenance à



sion du traitement de l'addiction à partir d'une approche qui est le plus souvent en dehors de son cadre particulier d'intervention. Cette ouverture à la compréhension et à l'analyse de la pratique de l'autre permet de rendre effective la dimension de l'interdépendance des professionnels concernés par cette problématique bio-médico-psychosociale.

Cette perspective est non seulement bénéfique pour les professionnels, mais aussi pour les clients.

Ces derniers découvrent à travers la complémentarité des réponses thérapeutiques qu'il n'y a pas une réponse à leur problématique, mais une dynamique relationnelle qui place chaque partenaire dans un rapport d'interdépendance. Ce faisant, cette démarche d'humilité dans laquelle les professionnels acceptent de s'engager vient questionner à son tour les représentations de toute-puissance que le résident/patient développe (ou non) avec son entourage thérapeutique et avec les produits.

Et, pour aller un peu plus loin, il nous faut aussi reconnaître que cette perspective concerne les rapports que les professionnels vont développer avec les résidents/patients. Ceux-ci ne sont plus seulement placés dans une dynamique de relation d'aide asymétrique, mais sont reconnus comme des interlocuteurs/experts en ce qui concerne l'évaluation de leurs besoins et des réponses qui leur sont proposées.

Une autre conséquence de ce partenariat touche aussi les représentations et les concepts développés par les professionnels pour leurs interventions, notamment l'abstinence ainsi que la description et la compréhension des phénomènes qui y sont liés.

La place de l'abstinence dans les finalités des thérapies résidentielles

L'accueil de personne sous substitution a renforcé le virage pris il y a déjà quelques années par Argos: **abstinence et prescription de méthadone** ne représentent plus uniquement la finalité du traitement mais un outil thérapeutique en soi. Le traitement

la méthadone en milieu résidentiel. L'ouverture du dispositif thérapeutique résidentiel à ces personnes implique un important travail de réseau et conduit à un partenariat extrêmement riche.

On notera encore que l'évolution actuelle des traitements résidentiels s'inscrit dans la quatrième génération (pour les trois premières générations, A. Uchtenhagen, 2003:17) puisqu'elle intègre une dimension complexe au niveau du processus de professionnalisation et entre dans la dimension de l'interdisciplinarité.

L'expérience du partenariat

La prise en soin de personnes en cure de maintenance à la méthadone s'est développée dans le cadre d'une étroite collaboration avec la psychiatrie et la médecine communautaire des hôpitaux universitaires genevois.

En effet, un membre de l'équipe du centre de jour participe régulièrement aux réunions du Service d'Abus de Substances alors que l'équipe du CRMT bénéficie de son côté d'un partenariat régulier avec le Service de Médecine Communautaire, le médecin responsable du suivi des cures rencontre l'équipe dans le cadre de son colloque hebdomadaire. La collaboration avec les différents services concernés par la problématique des addictions a mis en évidence la nécessité de passer par un processus impliquant la connaissance des valeurs et les pratiques d'intervention de chacun; avec pour conséquence l'adhésion au savoir-faire de chacune des équipes. Ce processus a débouché sur une action concertée en lien avec les besoins et les objectifs des résidents/patients. Il a permis à chaque partenaire d'enrichir sa compréhens-

avec méthadone et l'abstinence permettent aux concernés d'investiguer en amont de leur symptôme et de réfléchir aux fonctions de leur consommation, de leur identité de «toxicomane», «ex-toxicomane», «ex-toxicomane-en-cure-de méthadone» etc. De plus, cette perspective favorise une dynamique thérapeutique en soutenant et en développant une position d'acteur dans leur processus d'intégration sociale et professionnelle.

Le partenariat effectif qu'Argos a développé avec la médecine communautaire et la psychiatrie lui a permis d'étendre à la personne en cure de maintenance à la méthadone la logique et la dynamique d'une offre thérapeutique où l'abstinence est avant tout un moyen de prise en soin. Ce qui veut dire qu'il existe aujourd'hui plusieurs fins possibles pour une offre thérapeutique en milieu résidentiel. La définition de celles-ci permet à chaque personne de poser ses objectifs et d'établir un projet de vie où sont à nouveau mobilisés son désir, sa demande d'aide et sa responsabilité.

Par conséquent, nous définissons l'abstinence, comme le traitement à la méthadone, ou d'autres produits prescrits, comme des moyens qui appartiennent aussi bien aux résidents/patients qu'aux professionnels. Ces moyens sont au service d'objectifs communs que nous pouvons résumer en terme d'intégration socio-professionnelle, d'insertion sociale (rétablissement des réseaux primaires) et d'amélioration de la qualité de vie. Leur mise en œuvre exprime, du moins en partie, le sens que chacun donne à son histoire. Finalement ce positionnement institutionnel large, reconnu par tous les partenaires, comporte un bénéfice secondaire (c'est en quelque sorte sa valeur ajoutée), à savoir le développement d'une image différente de la personne toxicodépendante, jugée jusqu'alors irresponsable et incapable d'exercer un choix.

Le partenariat ainsi envisagé va donc au-delà des sphères professionnelles et inclut désormais de manière active

les résidents/patients, perspective qui désormais touche toutes les personnes en demande de soin dans nos structures.

Ajoutons enfin que le point de vue ici évoqué pour l'ensemble des partenaires entre dans ce que le sociologue Marcel Bolle De Bal (2003) décrit sous le terme de *reliance sociale* «à savoir au sens large, la création de liens entre des acteurs sociaux et au sens étroit, l'action visant à créer ou recréer des liens entre des acteurs sociaux que la société tend à séparer ou à isoler».

Par conséquent nous devons reconnaître que les changements des représentations, comme des pratiques professionnelles, liés à l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de méthadone vont aussi marquer les différentes identités professionnelles et c'est ce qui sera brièvement abordé maintenant.

Mutation des identités professionnelles

L'autre axe touché par l'ouverture et l'intégration des cures de maintenance à la méthadone voire la prescription d'autres produits (G. Thévoz, 1997; A. Uchtenhagen, 2003; N. Dietrich, 2003; Soulet, 2003) dans le cadre des traitements résidentiels concerne l'identité des professionnels. L'ouverture à des *modus operandi* externes à son cadre conceptuel et pratique est venue questionner les composantes de cette identité. Cette dernière étant liée surtout à l'intervention psychosociale, avec ses outils, ses techniques et ses concepts, il est évident que son ouverture à d'autres disciplines des sciences humaines concernées par les addictions provoque d'incontournables questions. La présence concrète d'autres professionnels et l'approche de manières différentes de comprendre et de traiter ce symptôme permet d'intégrer cette complexité et de développer une plus grande réflexivité quant aux composantes de leurs actions et de leurs principes formels. L'intégration des cures de maintenance à la méthadone dans la thérapie résidentielle, et

plus largement l'ouverture de celle-ci à des approches et des compréhensions cliniques différentes des siennes, a demandé et demandera dans le futur aux professionnels d'être eux aussi dans une dynamique de changement importante (acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences). Le caractère pragmatique de ce processus d'ouverture favorise l'appropriation concrète de la dimension interdisciplinaire nécessaire à la compréhension et à l'intervention des addictions et de leurs conséquences sur la société. Raison pour laquelle nous pensons que ce questionnement avec tout ce qu'il implique (curiosité, efforts intellectuels, deuil d'une toute-puissance de sauveur, etc.) est incontournable, d'autant plus que les intervenants commencent à reconnaître la complexité tant de l'étiologie que des traitements des addictions. Un tel constat suppose alors que la formation des différents secteurs professionnels concernés par le phénomène des addictions puisse continuer à se développer pour être à la hauteur de sa tâche. Raison pour laquelle, dans le contexte actuel, les choix épistémologiques risquent d'être affectés par des décisions politiques et économiques éloignées de la réalité thérapeutique.

Enjeu: médicalisation du social versus socialisation du médical

Toutefois, il ressort de ce que nous venons d'indiquer un certain nombre d'enjeux, parmi eux nous avons privilégié celui qui concerne les risques de modifications progressives des interventions sociales, notamment par le biais d'une médicalisation croissante du mal-être social, des dysfonctionnements et des souffrances psychiques des individus par le corps médical, alors qu'il a pour principale mission de les accompagner et de les soutenir vers un changement significatif de leur situation. Comme le rappelle le groupe de travail «santé et société» de l'Ecole Nationale d'Administration, «la médicalisation de la société est une construction sociale

qui consiste à conférer une nature médicale à des représentations, des pratiques et des réalités qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées socialement en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition dans un langage médical d'un problème existant». Le travail de ce groupe montre que le processus de médicalisation de la société est lié à plusieurs éléments

- la médiatisation de la santé avec des attentes diverses est source d'anxiété qui se traduit par une attitude consommatrice, voire consumériste de la part des patients (cf. la notion d'*addictions thérapeutiques* développée par Didier Sicard (2002))
- l'importance croissante du facteur économique avec le risque de substituer une logique marchande à une logique de soins
- la tentative politique d'apaisement des conflits sociaux. De plus il précise que «caractérisant principalement les sociétés les plus développées, la médicalisation pénètre le social. Comportements, pratiques, et, plus généralement, la vie des individus entrent dans le champ médical. Portée par un immense marché, cette tendance renforce la relation de dépendance *qui tend à faire de tout individu un malade potentiel* (D. Sicard)» (ENA, 2003: 15-16 et aussi P. Aïach, (1998) et les travaux d'A. Ehrenberg, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2001, 2004).

En ce qui concerne ce processus de médicalisation, nous pensons que l'augmentation régulière de la consommation de soins et de médicaments (prescrits ou non) traduit la difficulté (le malaise?) que notre société éprouve quant aux réponses qu'elle est capable de donner aux maux qui la traverse. Les personnes toxicodépendantes incarnent cette logique et la pousse à l'extrême à travers leurs comportements d'automédication, que cela soit pour calmer leurs douleurs et/ou pour leur plaisir (circuit de la récompense).

Nous pouvons aussi comprendre ce phénomène de la manière suivante, le risque d'une croissance de la médicalisation des problèmes psychosociaux

se développe à partir d'un déficit symbolique dont l'équation: un mal = un médicament peut être la traduction symptomatique (J.-J. Besson, 2000, «*A pill for an ill; an ill for a pill – une pilule pour un malade; un malade pour une pilule*», ENA, 2003:15). La responsabilité du corps médical, tant face aux personnes toxicodépendantes qu'aux autres malades est de questionner cette équation en rappelant ou en renforçant son rôle de médiateur, rôle qu'il exerce notamment à travers la prescription d'un traitement. L'exercice de cet acte de prescrire, tel que nous le comprenons dans notre contexte (et certainement valable pour d'autres) introduit ou réintroduit du «tiers» au sein d'un fonctionnement auto-référentiel.

Cette action symbolique place la personne dans une relation dont la dimension soignante est aussi liée au rapport de confiance qu'elle accepte de vivre avec le professionnel.

L'intérêt des protagonistes ne se porte plus uniquement sur le produit mais sur ce qu'il permet de traiter et d'élaborer en terme de liens et de sens.

L'intervention psychosociale défend cette perspective depuis plusieurs années, cependant son ouverture au domaine médical, via la prescription, nécessite que les questions qui l'accompagnent soient partagées par tous les partenaires concernés. L'actualité de cette question était d'ailleurs à l'ordre du jour de la journée de formation organisée par le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) le 4 novembre dernier puisqu'elle avait pour thème «Addiction et santé mentale».

Dans une perspective complémentaire nous pensons que les tensions auxquelles les professionnels du psychosocial sont confrontés dans le contexte actuel risquent de les placer avant tout dans le rôle d'agent d'un système socio-sanitaire centré surtout sur la gestion des souffrances des individus.

Un autre aspect lié au risque d'une généralisation de la médicalisation au sein des structures résidentielles serait que celles-ci abandonnent des éléments essentielles liés à leurs fina-

lités, à savoir de permettre aux résidents/patients de se sentir responsables de leur vie et de le devenir, d'assumer les changements ainsi que l'exercice de leur liberté et d'être maîtres de leurs décisions.

Du moins ce pourrait être la lecture pessimiste que nous suggère notamment le processus de médicalisation des addictions. A l'inverse, nous pouvons aussi envisager cette situation dans une perspective qui place les professionnels dans un rôle d'acteur capable de défendre les finalités de leurs interventions mais aussi de questionner celles de leurs partenaires, et ce d'autant plus qu'ils ont réussi à intégrer dans leurs pratiques des éléments extérieurs à celles-ci.

Question ouverte: quid des différentes formes de traitement?

La conduite addictive se caractérise par le fait qu'elle est auto prescrite, par conséquent le choix de la consommation de psychotropes illégaux met hors jeu tout processus de médiation relationnel. Ce qui veut dire que tout tiers est exclu au profit d'un face à face mortifère.

Toutefois cette mise en abîme trouve sa butée dans la réintroduction d'un vis-à-vis, dans la rencontre et la reconnaissance d'un autre qui me reconnaît (cadre large d'une démarche thérapeutique). Cette perspective nous ouvre à d'autres questions que nous évoquerons en guise de conclusion.

En effet, l'offre thérapeutique en résidentiel (mais certainement que cette remarque est valable pour d'autres cadres thérapeutiques) propose un processus d'accompagnement qui permet à la personne toxicodépendante de bénéficier d'un cadre de traitement, en lien avec la diversité de ses besoins et en rapport avec différents types de diagnostics (somatique, psychiatrique, psychologique, social et professionnel).

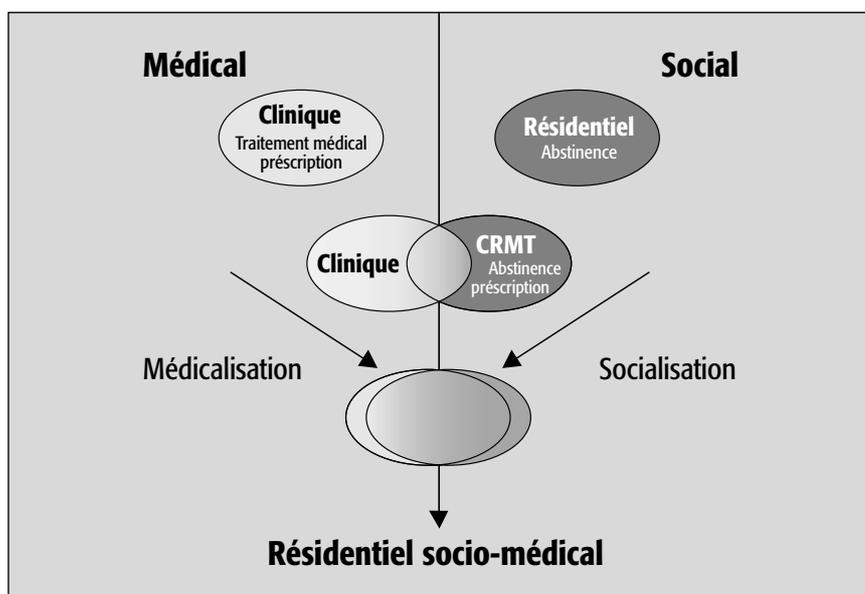
Son caractère intégrateur lui permet de rétablir un processus de développement identitaire «sain», valorisant et créatif pour la personne qui accepte de s'y engager.

L'intégration du traitement à la méthadone dans l'offre thérapeutique du CRMT en particulier et du résidentiel en général, pose des questions de fond à ses professionnels, elles concernent :

- leurs préjugés et leurs représentations philosophiques, éthiques, cliniques, etc. des personnes toxicodépendantes;
- leur statut et leur identité de travailleurs sociaux;
- les droits des résidents/patients en matière d'accès aux offres de soins/prestations.

Dans l'autre sens l'ouverture de la thérapie résidentielle au traitement de maintenance à la méthadone nous permet de questionner les professionnels du secteur médical. Quelles idées ont-ils ou se font-ils quant à l'utilisation ou non de l'offre résidentielle et de ses prestations dans le cadre du traitement de leurs patients? Cette offre intervient-elle seulement lorsque les choses n'évoluent plus, voire se péjorent ou bien représente-t-elle une ressource pour leurs patients, pour eux?

Poser la question en ces termes revient à reconnaître le paradoxe suivant, la médicalisation du social se poursuit dès lors que les réponses proposées par les médecins ne tiennent pas compte (ou pas suffisamment compte) des composantes du processus d'intégration sociale et de la qualité de vie des patients. Ce faisant elle privilégie une lecture clinique centrée sur les aspects physiologiques et psychiatriques. Cette dernière remarque suppose que les professionnels concernés par les traitements des addictions cherchent à développer des réponses capables d'intégrer des connaissances appartenant à d'autres secteurs. De quelles manières s'y prendront-ils, comment formuleront-ils leurs demandes et comment les traiteront-ils? Voilà quelques questions qui nous semblent incontournables si nous voulons rester en phase avec la complexité des situations et de la réalité des personnes toxicodépendantes qui s'adressent à nos services.



Le schéma ci-dessus illustre l'évolution qu'a suivi la thérapie résidentielle ces dernières années.

Dans un premier temps nous avons des traitements différenciés, séparés, voire cloisonnés. Dans un deuxième temps un processus d'intégration des traitements médicaux dans l'espace social se réalise avec ce que cette ouverture implique pour tous les partenaires. Dans la même logique, nous posons la question de savoir si la mise en œuvre d'un processus similaire de la part du social envers le médical est envisageable?

Finalement est-ce que ce processus nous conduirait, dans un troisième temps, à la synthèse du social et du médical dans une forme résidentielle ad-hoc?

Dès lors, la question qui se profile dans le prolongement de la dialectique de la médicalisation du social et de la socialisation du médical est de savoir si nous allons vers un tel avenir, c'est-à-dire la création d'une structure pluridimensionnelle tant du côté des résidents/patients que des professionnels, travailleurs sociaux/soignants. En tout cas, cette question mérite d'être posée, mais sans aller jusque-là nous voulons encore rappeler que l'ouverture du traitement résidentiel à d'autres formes de soins repose sur un choix éthique clair qui met les personnes dépendantes, leurs

difficultés et leurs ressources au centre des prestations des professionnels (matching services to clients, Uchtenhagen A., 2003).

Raison pour laquelle il nous apparaît donc nécessaire de replacer la personne au centre du dispositif thérapeutique pour définir des choix thérapeutiques concertés où toutes les parties prenantes sont engagées de manière équitable. Ceci afin d'éviter tout risque d'appropriation du résident/patient de la part des professionnels (clients captifs) et des éléments coercitifs qui peuvent l'accompagner. Il nous paraît également primordial que les personnes toxicomanes puissent établir des choix thérapeutiques librement consentis dans le respect de leurs droits, mais également avec la connaissance de leurs devoirs.

Bibliographie

P. Aiach, (2003) *Les voies de la médicalisation* in: P. Aiach, B. Delanöe, sous la direction de (1998) *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Anthropos, Paris, pp. 15-36

J.-J. Besson, (2000) *Chaque dépendance son médicament?* in: *Dépendances, Médicaliser les dépendances: des effets secondaires?* N° 10. Ed. ISPA-GREAT, Lausanne, disponible à l'adresse Internet suivante: http://www.sfa-ispa.ch/Service_Presse/service_presse.htm