

## LA POLITIQUE DE PRÉVENTION AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES : DES NORMES EN TENSION

Marie-Danièle BARRÉ, ingénieur d'études au CESDIP, et Patricia BÉNEC'H-LE ROUX, chercheure associée au CESDIP, rendent compte des résultats d'une recherche menée auprès des acteurs de première ligne de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie<sup>1</sup>.

**L**a politique de prévention auprès des usagers de drogues illicites concerne entre autres, non pas l'usage lui-même, mais, lorsque celui-ci n'est pas interrompu, les conséquences de cet usage. À cet égard, on a assisté en France, depuis une petite vingtaine d'années, à la mise en place des différents volets de la politique de réduction des risques (RdR). La recherche dont nous rendons compte partiellement ici s'est intéressée d'une part aux acteurs de cette politique, en particulier à ceux qui la mettent en œuvre auprès des usagers les plus marginalisés, et d'autre part à leur travail. Empruntant les outils du sociologue E. Hughes, nous nous sommes interrogées sur la définition de la "licence" (I) et du "mandat" de ces professionnels (II), ce qui produit un éclairage original sur les enjeux actuels de cette politique publique.

### Qu'est-ce que la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues ?

Une circulaire commune de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) donne la définition suivante de cette politique de santé publique : *"Mise en œuvre par les pouvoirs publics devant l'urgence que constituait, il y a dix ans, l'épidémie de SIDA, la politique dite de 'réduction des risques' consistait alors à mettre à disposition des usagers de drogue du matériel d'injection stérile. Elle qualifie aujourd'hui l'ensemble des informations, des aides et des prises en charge proposées aux consommateurs de substances psychoactives, et notamment aux usagers de drogues intraveineuses, pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à leur consommation. Le dispositif actuel comprend : la vente libre de seringues en pharmacie (...), les distributeurs et/ou échangeurs de trousses de prévention (...), les programmes associatifs d'échanges de seringues destinés à atteindre les usagers les plus marginalisés ; les lieux de contacts ou 'boutiques', qui offrent des réponses à des besoins élémentaires de nourriture et d'hygiène, mais aussi des petits soins et une orientation vers les services sanitaires et sociaux ; les équipes mobiles de proximité (...)"*<sup>2</sup>. Ce dispositif est parfois dit de première ligne ou "bas seuil" parce que ses objectifs sont distincts de ceux du dispositif de soin. Il repose sur une approche des usagers en amont du soin par un travail de terrain, et sur un accueil des usagers fondé sur des exigences minimales.

### La "licence" et le "mandat" définis par E. Hughes

*"Un métier existe lorsqu'un groupe de gens s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services. Ceux qui disposent de cette licence, s'ils ont le sens de la solidarité et de leur propre position, revendiqueront un mandat pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail"*<sup>3</sup>.

### Méthodes d'enquête

Nous avons commencé notre recherche par un recueil documentaire, une dizaine d'entretiens exploratoires avec des acteurs clé du champ de la RdR et une courte enquête quantitative sur les caractéristiques socioprofessionnelles des acteurs travaillant dans les dispositifs RdR d'Île-de-France. Mais l'essentiel de nos données repose sur une enquête qualitative menée dans trois dispositifs (une boutique, un bus d'échange de seringues, le bus de distribution de méthadone de Médecins du Monde<sup>4</sup>). Cette enquête a consisté à observer le travail des acteurs de première ligne et à recueillir une trentaine d'entretiens semi-directifs avec ces acteurs, des financeurs et décideurs de la politique de RdR, des clients de la boutique et des partenaires professionnels du champ sanitaire et social.

<sup>1</sup> Ce travail est issu d'une recherche financée par la MIRE dans le cadre d'un appel d'offres sur "Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé" lancé en 2001.

<sup>2</sup> Circulaire du 9 janvier 2001 relative à la prise en compte de la lutte contre la drogue et prévention des dépendances dans le cadre de la politique de la ville.

<sup>3</sup> HUGHES E.C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 99.

<sup>4</sup> Étant le seul à Paris, l'anonymat de ce dernier terrain ne peut être préservé.

## I - Une licence enjeu de luttes ou de la déviance à la norme

La licence accordée aux acteurs de première ligne recouvre le droit de parler des modalités d'usage de drogues illicites sans tomber sous le coup de la loi<sup>5</sup> qui punit de 5 ans d'emprisonnement la provocation à l'usage ou la présentation des infractions à la législation sur les stupéfiants sous un jour favorable ; elle permet aussi de mettre à disposition du matériel de prévention (seringues, kits de sniff, préservatifs...) et, dans certains cas, la distribution d'un produit de substitution, la méthadone. Cette licence apparaît avant tout comme un enjeu de luttes. Ainsi, la politique de RdR peut s'analyser comme un processus d'innovation, une déviance par rapport aux normes (1°) portée par des acteurs qui ont défendu l'instauration d'une nouvelle norme (2°). Aujourd'hui encore, cette politique reste un enjeu de définition (3°).

### 1°) La réduction des risques : une déviance

La RdR a débuté dans la clandestinité, elle représentait une déviance par rapport à la politique sanitaire de la drogue, fondée sur l'abstinence, mais aussi par rapport aux normes pénales qui réprimaient l'usage. La distribution de seringues propres instaurée au tournant des années 1980 et 1990<sup>6</sup>, n'allait pas de soi. En 1993, un quotidien rendait compte en ces termes des déboires de l'association Médecins du Monde : "(...) *la dernière en date des opérations coups de poings qui a eu lieu le 12 janvier dernier dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris. Selon Médecins du Monde les policiers ont confisqué et piétiné les kits distribués par l'antenne mobile de l'association et contenant chacun deux seringues, deux préservatifs et une lettre du ministère de la Santé*"<sup>7</sup>. La RdR heurtait la culture professionnelle des acteurs de la police et de la justice mais aussi ceux de la santé, alors que les textes officiels témoignaient, sinon d'un renversement des normes, du moins d'une reconnaissance de ces nouvelles pratiques par l'État, se faisaient attendre. Même si les actions militantes ont ouvert la voie, ce n'est qu'en 1994 que le ministère de la Santé institutionnalise la politique de RdR et que le dispositif est mis en place<sup>8</sup>, signifiant un tournant radical dans la politique française des drogues. En 1995, un décret modifie la réglementation et autorise la distribution de seringues en dehors des pharmacies et, en 1999, une circulaire du ministère de la Justice<sup>9</sup> précise expressément que "*sont à proscrire les interpellations du seul chef d'usage de stupéfiants à proximité immédiate des structures à bas seuil ou des lieux d'échanges de seringues*" et que "*en tous lieux, le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation*".

Déviantes, ces pratiques innovantes de prévention ont été portées par des militants ou des professionnels en rupture avec les pratiques traditionnelles de leur profession. La mobilisation à l'origine de la création, en 1993, du collectif "Limiter la casse" défendant la RdR, a regroupé "*trois composantes : 1°) des militants de l'auto support, 2°) des militants de la lutte contre le sida, 3°) des acteurs de santé*"<sup>10</sup>. Ces acteurs ont dû se battre contre les spécialistes reconnus du soin aux toxicomanes comme la plupart de ceux qui sont regroupés au sein de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), association qui renverse officiellement sa position en 1994<sup>11</sup>. La stratégie d'acceptation de l'innovation était alors passée par une recherche de reconnaissance en dehors du

seul cercle des professionnels de la santé, en l'occurrence des spécialistes. En fait, la nouvelle politique témoignait d'une lutte pour la définition des soins aux usagers de drogues mais aussi pour la délimitation et l'occupation des territoires professionnels. Ainsi, déviance portée par des dissidents, trouvant d'ailleurs appui sur des expériences étrangères<sup>12</sup>, la RdR œuvre à l'instauration d'une nouvelle norme.

### 2°) La réduction des risques : une nouvelle norme ?

Si on ne peut véritablement parler d'aboutissement du processus de l'innovation par une « inversion des normes », on a vu cependant, petit à petit, s'installer à côté, ou plutôt en superposition, des normes pénales et sanitaires, une autre norme d'intervention. Cette évolution a connu récemment un événement marquant : l'intégration dans la loi relative à la politique de santé publique adoptée le 9 août 2004, de trois articles qui sont une reconnaissance de cette politique. Le premier article donne un statut légal à la RdR, le deuxième consacre une vision élargie qui inclut ainsi, outre les risques sanitaires, les risques sociaux, qui, selon les débats parlementaires, comprennent les risques encourus par les usagers et par la société en général comme la délinquance. Enfin, le troisième article consacre, en échange d'assurances de financement, un droit de regard non négligeable de l'État sur les actions menées ; ainsi on voit la légitimité institutionnelle menacer la liberté de contenu du mandat des acteurs.

Pour autant, les autres normes n'ont pas été abandonnées. Le projet de révision de la loi de 1970, finalement aujourd'hui écarté au profit du *statu quo*, ne prévoyait pas la dépénalisation de l'usage de drogues mais la transformation du délit en contravention, afin, selon les promoteurs du projet, de rendre la sanction plus effective, plus certaine et aussi plus proportionnée, par la suppression de l'emprisonnement. On demeure dans un cadre prohibitionniste. De même, la RdR reste inscrite dans la rhétorique du soin, elle-même sous-tendue par l'objectif d'abstinence. La logique de défense des droits individuels selon laquelle la politique de RdR représente un droit à l'information pour des "drogués heureux" selon l'expression de l'association d'auto support des usagers de drogues (ASUD), n'est pas de mise ici. On peut noter d'ailleurs que la commission d'enquête du Sénat sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites avait écarté de ses auditions les associations d'auto support, pourtant historiquement impliquées dans son émergence et sa mise en œuvre.

### 3°) La réduction des risques : un enjeu de définition

Si la RdR bouscule les normes sociales et sanitaires, sa véritable originalité tient à ce qu'elle bouscule aussi les normes pénales. Une de ses spécificités est de travailler aux marges de la loi. Cette transgression finalement acceptée, organisée par voie de circulaire et aujourd'hui par la loi, résulte de l'action militante des acteurs, dont certains souhaiteraient maintenant élargir le cadre de la RdR, comme cela s'est produit dans d'autres pays.

Nous avons en particulier rencontré cette ambivalence à propos de la distribution des seringues dans des lieux protégés, tels que les boutiques accueillant des toxicomanes, où l'on est parfois, par la force des choses, confronté à des situations d'illégalité qu'il faut savoir gérer. Tolérer des comportements illégaux comme la consommation sur place est un risque majeur d'une part parce que les acteurs ne sont pas équipés pour soigner une overdose et, d'autre part parce qu'un tel accident menacerait l'existence même de la structure. Cependant, refuser tout net ces comportements peut remettre en cause le sens du travail effectué : "*nous savons clairement qu'il y a des gens qui se shootent là-dedans et c'est interdit par le règlement. Cela ne devrait pas se faire. Mais parfois, c'est mieux que cela se fasse ici qu'ailleurs. (...) à la limite, tu comprends, notre boulot, c'est le fait de donner des seringues à des*

<sup>12</sup> États-Unis, Angleterre, Allemagne...

<sup>5</sup> Article L3421-4 du Code de Santé Publique.

<sup>6</sup> Le décret Barzach autorise la vente libre de seringues en pharmacie, en 1987 ; la première brochure de prévention avait été éditée par AIDES en 1986 ; les premiers programmes d'échange de seringues apparaissent en 1989.

<sup>7</sup> *Libération*, 20 janvier 1993.

<sup>8</sup> Le dispositif avait été présenté en 1993, à titre expérimental, dans le plan d'action triennal de la MILDT.

<sup>9</sup> Circulaire du 17 juin 1999.

<sup>10</sup> COPPEL A., 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

<sup>11</sup> BERGERON H., 1999, *L'État et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France.

gens qui arrivent ici qui ont des produits dans la poche." (...) "Maintenant va te shooter dans une cave ou dans un truc..." C'est absolument incohérent. (...) Mais notre rôle, notre façon de faire, c'est aussi jongler à la limite entre... tu vois la légalité, l'illégalité » (acteur de première ligne). Tenir une posture aussi inconfortable suppose le plus souvent d'en chercher l'issue par une position militante de remise en cause de la loi : "Je pense qu'un des rôles que nous avons aussi c'est de changer la loi de 1970 par exemple" (acteur de première ligne), ou la demande de "salle de shoot" : "Et la vraie réponse, cela serait de pouvoir ouvrir une shooting room. C'est clair. Mais on n'en est pas là. Et tant qu'il n'y aura pas cela, on sera un peu dans la m..." (responsable associatif).

Aujourd'hui encore, les acteurs travaillant en première ligne dans la réduction des risques ne peuvent pas se prévaloir d'une licence très assurée. En dépit d'un acquis de légitimité sociale, notamment grâce à la reconnaissance des effets positifs de cette politique<sup>13</sup>, l'étendue de leur licence reste toujours un enjeu pour l'État, les professionnels, les usagers de drogues et les militants, les uns et les autres animés de logiques spécifiques et souvent divisés eux-mêmes. Quant au mandat dont les acteurs de la RdR bénéficient, ses contours sont relativement flous.

## II - Un mandat difficile à définir

Le contenu du mandat de ces acteurs est difficile à cerner : il leur faut définir la teneur du discours à avoir à un moment donné, pour une personne et dans une situation données. Dans sa posture d'ouverture et de non jugement, l'acteur se doit de mettre les normes de prohibition et d'abstinence entre parenthèses, mais jusqu'où peut-il maintenir cette vision dès lors subjective des normes ? L'impératif de santé a bouleversé le rapport aux normes et leur hiérarchie, cependant, la situation est paradoxale : l'usager n'a pas le droit de consommer dans une boutique, il n'a pas le droit de consommer ailleurs non plus, cependant l'acteur lui donne les moyens de le faire. Par ailleurs, l'objectif de soin reste présent : la norme sanitaire de recherche d'abstinence, ou de moindre consommation, ou d'usage de produits licites, doit donc être réintroduite à un moment de la relation. Ce travail incessant de la recherche du "moindre mal" pour l'usager, est un travail de traduction des normes sociale (1°), sanitaire (2°) et pénale (3°). Cette situation produit un mandat inconfortable (4°). Enfin, ce contexte en marge des normes influence les représentations des acteurs comme des usagers : l'usage reste parfois quelque chose dont il est difficile de parler, même dans le cadre d'un bus d'échange de seringues ou d'une boutique. La négociation des normes est, en même temps, nécessaire et taboue.

### 1°) Un questionnement de la norme sociale

La relation des acteurs aux normes et la difficulté d'exercer leur mandat transparaît notamment à travers la persistance de tabous concernant les usages de drogues, leurs modalités et les maladies qui y sont liées.

Les tabous concernent d'abord cette compétence utile à l'acteur mais toujours potentiellement stigmatisante, le "savoir coupable"<sup>14</sup>, plus ou moins étendu selon les membres des équipes : "L'usage de drogue. C'est un tabou sans l'être. (...) À l'interne, il n'y a pas un tabou énorme... s'il y a des gens de l'équipe qui consomment, on n'est pas dans un mode de consommation invalidant entre guillemets, ou handicapant sur le plan social, professionnel, psycho

(...). Par contre, à l'extérieur, c'est très compliqué à défendre. Revendiquer que dans l'équipe il y en a qui savent à peu près ce qu'ils racontent en matière d'usage de drogue autrement que dans les livres, cela reste chaud. Même y compris au niveau du conseil d'administration" (acteur de première ligne). Ainsi le savoir de ces usagers, mobilisé comme une ressource indispensable, d'une part à l'établissement d'une relation avec la clientèle de ces dispositifs, d'autre part à l'élaboration de messages de prévention efficaces, relève toujours, malgré son utilité, d'un savoir coupable.

Les tabous sont aussi ceux des clients du dispositif : on a parfois l'impression que l'usage de drogues est plus de l'ordre du secret partagé que du quotidien factuel. Ainsi, des défections à une sortie organisée par une équipe ont été dues à l'incompatibilité des horaires de distribution de la méthadone, auxquels certains clients participants étaient soumis, avec l'heure de rendez-vous pour la sortie. L'équipe ne l'a su qu'après coup, car le problème n'avait pu être abordé de front. Il faut tout l'humour d'un intervenant pour tenter de banaliser ces situations : "Il faut en parler. On peut s'arranger. Ici, on n'est pas une crèche municipale, on n'a pas des problèmes de bléline !" (acteur de première ligne).

### 2°) Une négociation avec la norme sanitaire

Jusqu'où négocier avec la norme sanitaire ? Si l'acceptation de l'usage de produits fait partie de la démarche professionnelle des acteurs, il ne s'ensuit pas, là encore, qu'en parler soit nécessairement très facile. Les intervenants peuvent se sentir partagés entre le respect du secret de l'usager et la nécessité d'une intervention lorsqu'ils constatent un excès de consommation chez un usager et une dégradation de son état : "Ils ont du mal à parler de leur consommation... (...) C'est pas évident dans le sens où s'il veut pas le dire, il veut pas le dire. Après, est-ce que l'on fait notre boulot quand ça commence à se voir qu'il en consomme trop et qu'il se fait du mal... Est-ce que l'on fait vraiment notre boulot en faisant semblant de le croire, il y a un milieu à trouver..." (acteur de première ligne).

Ce travail d'accompagnement, souvent décrit par les acteurs, repose sur une négociation personnelle de chacun d'eux avec la norme sanitaire. Il s'agit de se construire une position éthique, plus que de mobiliser une déontologie professionnelle : "Ce n'est pas facile pour un médecin de ne rien faire (...) de laisser la personne avancer à son rythme et même parfois reculer" (acteur de première ligne).

### 3°) Des petits arrangements avec la loi

La RdR est confrontée, on l'a vu, au paradoxe apparent d'une politique qui, pour se déployer, nécessite "des petits arrangements avec la loi", lesquels sont d'autant plus faciles à passer sous silence que la mise en œuvre de cette politique est surtout déléguée au secteur associatif et que le mandat qui lui est donné est assez indéfini pour que, finalement, les responsabilités se diluent. On voit ainsi apparaître la position ambiguë du mandataire public par rapport aux missions difficiles : "C'est interdit [L'usage]. Cela fait partie du règlement de toutes les boutiques.

- Mais en pratique comment on gère ce problème-là ?

- Cela il faut le demander à Monsieur X [de la boutique]. Il ne me dit pas dans le détail comment il gère son problème" (responsable administratif).

On peut faire l'hypothèse, classique, que l'institution organise un espace flou dont chacun pourra se prévaloir, ce que, concernant les tâches confiées à la police, Brodeur<sup>16</sup> appelle le "chèque en gris" : "La signature et les montants consentis sont d'une part assez imprécis pour fournir au ministre qui l'émet le motif ultérieur d'une dénégation plausible de ce qui a été effectivement autorisé ; ils sont toutefois suffisamment lisibles pour assurer le policier qui

<sup>13</sup> C'est nous qui soulignons.

<sup>16</sup> BRODEUR J.P., 2003, *Les visages de la police : pratiques et perceptions*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

<sup>13</sup> EMMANUELLI J., 2001, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineux, *Tendances*, 12, 1-4.

<sup>14</sup> "Le juriste, le policier, le médecin, le journaliste, le scientifique, le chercheur, le diplomate, le secrétaire particulier ont nécessairement tous la licence d'acquiescer, et dans une certaine mesure de garder secrets, des savoirs coupables, ou pour le moins potentiellement embarrassants ou dangereux. Leur caractère coupable peut tenir à ce que le profane serait obligé de les divulguer, ou à ce que leur dissimulation entacherait aux yeux des autorités ou du public, ou pourrait entacher, l'intégrité morale de celui qui les détient (...)" HUGHES, 1996, 101-102.

reçoit ce chèque d'une marge de manœuvre dont il pourra lui aussi plausiblement affirmer qu'elle lui a été explicitement concédée. (...). Ce "chèque en gris" est évidemment une ressource pour l'acteur public qui peut ainsi s'exonérer des risques de l'action entreprise.

#### 4°) Un mandat inconfortable

Pour autant, reconnaître ou accepter l'usage ne doit pas conduire à sa banalisation et c'est toute la finesse, voire l'ambivalence du message RdR. Ainsi cet acteur, embauché notamment pour sa compétence à dialoguer avec les consommateurs, n'en est pas moins passé de l'autre côté de la "barrière", et il analyse subtilement son mandat et les responsabilités que cela lui confère. Il y a des fautes à éviter, tant dans la mission consistant à glaner des informations que dans celle consistant à en donner. Dans l'échange qui lui permet de s'informer sur les produits et les modes d'usage, l'intervenant ne doit pas laisser filtrer ce qu'il sait et que l'autre ne sait pas. Enfin, il est dans la situation difficile de donner des informations sur les bonnes façons de consommer, sans pour autant inciter à la consommation, ni avoir l'air de donner son accord : "Et la question qu'on aura toujours en face de nous c'est : "Ça va c'est bon ? ... - Non, c'est pas bon... [mais] c'est ce que tu cherches..." (acteur de première ligne).

**En conclusion**, on peut noter que la reconnaissance de la RdR dans la loi de santé publique du 9 août 2004 ouvre autant de questions qu'elle en clôt. Si le législateur semble vouloir conforter, dans une certaine mesure, la licence légale accordée aux acteurs

d'exercer leur travail, en revanche, la question du contenu du mandat reste très complexe. En effet celui-ci repose sur une contradiction : donner des outils de prévention dans le cadre d'un comportement déviant, qui, de ce fait, se voit doté d'une certaine légitimité, alors que dans le même temps cette démarche de prévention se veut la première étape d'une démarche de soin. Néanmoins, cette imprécision donne aussi des marges de manœuvre aux acteurs qui peuvent ainsi continuer d'innover pour répondre à des situations toujours en évolution. En fait, d'un côté, un tel mandat est nécessaire pour faire le travail de RdR en première ligne, c'est-à-dire pour être en mesure de négocier avec les normes tant sociale, sanitaire que pénale. Mais, d'un autre côté, cette sorte de précarité fait de la RdR un espace ouvert à la négociation. Ainsi, la licence et le mandat des acteurs que nous avons observés, restent des enjeux de luttes, la RdR étant une politique en tension, la résultante d'un certain état des forces sociales.

Marie-Danièle BARRÉ

[mdbarre@cesdip.com](mailto:mdbarre@cesdip.com)

et

Patricia BÉNEC'H-LE ROUX

[benech-leroux@cesdip.com](mailto:benech-leroux@cesdip.com)

Pour en savoir plus :

BARRÉ M.D., BÉNEC'H-LE ROUX P., 2004, *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant*, Guyancourt, CESDIP, Collection "Études et Données Pénales", 95.

## VIENT DE PARAÎTRE

Ceci est une sélection. Liste complète sur notre site Internet : <http://www.cesdip.com>

- BERLIÈRE (J.M.), 2004, The shipwreck of a republican model, in FIJNAUT (D.), (dir.), *The Impact of WW2 on Policing in North-West Europe*, Leuven, Leuven University Press, 21-41.
- BLANCHARD (E.), 2004, La dissolution des Brigades nord-africaines de la préfecture de police : la fin d'une police d'exception pour les Algériens de Paris (1944-1953) ?, *Les Cahiers de l'IHTP*, 83, 70-82.
- BODY-GENDROT (S.), 2004, Race, a word too much ?, in SOLOMOS (J.), BULMER (M.), (dir.), *Race and Racism*, London, Routledge.
- BODY-GENDROT (S.), 2004, America needs Europe, in CURTIS (A.), (dir.), *Patriotism, Democracy and Common Sense. Restoring America's Promise at Home and Abroad*, London, Rowman.
- CARRA (C.), 2004, De la déscolarisation aux violences anti-scolaires : l'éclairage de l'approche biographique, *Éducation et Francophonie*, XXXII, 1, 262-275 (revue électronique téléchargeable sur le site Internet : <http://www.acelf.ca>).
- CHANTRAINE (G.), 2004, Prison et regard sociologique : pour un décentrage de l'analyse critique, *Champ Pénal/ Penal Field*, 1 (revue électronique téléchargeable sur le site Internet : <http://champpenal.revues.org/document39.html>).
- CHANTRAINE (G.), 2004, Les temps des prisons. Inertie, réformes et renforcement d'un dispositif institutionnel, in ARTIÈRES (Ph.), LASCOUMES (P.), (dir.), *Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences-Po, 57-82.
- GODEFROY (Th.), LASCOUMES (P.), 2004, *Le capitalisme clandestin. L'illusoire régulation des places offshore*, Paris, La Découverte.
- GODEFROY (Th.), LASCOUMES (P.), 2004, Convergences et dissonances dans la lutte contre l'usage des places et territoires offshore, in DEFFAINS (B.), STASIAK (F.), GIUDECELLI-DELAGE (G.), LASCOUMES (P.), GODEFROY (Th.), MASSÉ (M.), (dir.), *L'organisation des dispositifs spécialisés de lutte contre la criminalité économique et financière en Europe*, Poitiers, Université de Poitiers-LGDJ, 159-220.
- ESTERLE-HEDIBEL (M.), 2004, Précarité, stratégies familiales et déscolarisation ; Quelle construction identitaire pour les jeunes déscolarisés ?, in GLASMAN (D.), ŒUVRARD (F.), *La déscolarisation*, Paris, La Dispute.
- MAGUER (A.), 2004, French police corruption : "Actors", actions and issues, in AMIR (M.), EINSTEIN (S.), (dir.), *Police Corruption : Challenges for Developed Countries - Comparative Issues and Commissions of Inquiry*, Huntsville, Office of International Criminal Justice, 4, 283-308.
- MUCCHIELLI (L.), 2004, Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990, *Population*, 59, 2, 203-232 (article téléchargeable – en version française et anglaise – sur notre site Internet : <http://www.cesdip.com>).
- MUCCHIELLI (L.), 2004, L'évolution de la délinquance juvénile en France (1980-2000), *Sociétés Contemporaines*, 53, 101-134.
- MUCCHIELLI (L.), 2004, L'impossible constitution d'une discipline criminologique en France, cadres institutionnels, enjeux normatifs et développements de la recherche des années 1880 à nos jours, *Criminologie*, 37, 1, 13-42.
- LAGRANGE (H.), POTTIER (M.L.), ZAUBERMAN (R.), ROBERT (Ph.), 2004, Enquêtes de victimation et statistiques de police : les difficultés d'une comparaison, *Déviante et Société*, 28, 3, 285-316.
- ZAUBERMAN (R.), ROBERT (Ph.), POTTIER (M.L.), 2004, Profils de victimes, profils de victimation, *Déviante et Société*, 28, 3, 369-384.

Le texte de ce bulletin est accessible et téléchargeable (Adobe Acrobat Reader®) sur notre site Internet : <http://www.cesdip.com>