

Sous la direction de

Alain **Morel**, Jean-Pierre **Couteron**, Patrick **Fouilland**

AIDE-MÉMOIRE
Addictologie

2^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2015

(Dunod, 2010 pour la première édition)

5 rue Laramiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10072142-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Liste des auteurs</i>	XXI
1 Histoire	1
Petite introduction à l'histoire des drogues et des addictions	1
Des drogues naturelles aux drogues synthétiques	2
<i>L'époque « pré-moderne » : les usages de drogues naturelles, 2 • L'époque moderne : l'isolement des alcaloïdes, 4</i>	
L'histoire des addictions : des drogues aux comportements	6
<i>Le premier modèle de maladie : l'intoxication par la drogue, 7 • Le second modèle de maladie : la vulnérabilité de certains usagers, 8 • Le modèle multivarié : une conduite sociale, 9</i>	
Conclusion	10
Bibliographie	10
2 Les sociétés et les drogues	12
Tout usage de drogues s'inscrit dans un mode de vie	12
L'usage de drogues : une pratique sociale	13
<i>De l'usage sacré..., 13 • ... à l'usage thérapeutique, 13 • Drogues et technologie, 14 • Champ médical et champ social, 14 • Interdit social et liberté de l'individu, 15 • Les nouveaux enjeux de la modernité, 15</i>	
Âges, territoires et contextes spécifiques	16
<i>Âges et modes de consommation, 16 • Travail, loisirs et modes de consommation, 17</i>	
Une question politique	18
Bibliographie	19

3	Les drogues : définition et classification	21
	Définition	21
	<i>Les drogues accompagnent nos vies, 22 • Déclencheurs et variateurs de nos émotions, 22 • L'ubiquité des drogues, 23 • Drogues et prise de risque, 23 • Drogues dures, drogues douces ?, 24</i>	
	Les différentes catégories de drogues selon la nature de leur effet	25
	<i>Les déprimeurs, 25 • Les stimulants, 26 • Les perturbateurs, 27</i>	
	La variabilité des effets	27
	Une première conclusion...	29
	Bibliographie	29
4	Drogues, plaisir et satisfaction	30
	Motivations d'usages et bénéfices	31
	<i>Le potentiel hédonique, 32 • Le soulagement de tensions et de souffrances internes, 34 • Le potentiel social des drogues, 34 • Des potentiels fortement liés entre eux, 36</i>	
	La satisfaction ou l'auto-appréciation de son bien-être	37
	<i>Satisfaction et auto-changement, 37 • Addiction et addiction pathologique, 38</i>	
	Conclusion	39
	Bibliographie	40
5	Drogues, dangers et complications	41
	Définir la dangerosité des drogues	41
	Le profil de dangerosité pharmacologique des drogues	42
	<i>Les trois axes de dangerosité potentielle, 42 • Les trois types de complications possibles, 43</i>	
	Les autres facteurs de dangerosité d'un usage de drogue	43
	Quelques complications directement liées aux drogues	45
	<i>Axe toxicité : le syndrome de surdosage (l'overdose), 45 • Axe dépendance : le syndrome de sevrage (l'état de manque), 46 • Axe des modifications psychiques : les complications psychiatriques, 47</i>	
	La dangerosité sociale	48
	<i>Définir la dangerosité sociale, 48 • De cette définition découlent les règles du droit, 49 • Définir les usages socialement dangereux plutôt que la dangerosité des drogues, 50</i>	
	Conclusion	51
	Bibliographie	51

6	Les effets des drogues sur l'individu	52
	Les drogues provoquent simultanément un effet et un contre-effet	52
	<i>L'effet, 52 • Le contre-effet, 55</i>	
	Retombées pratiques	58
	Bibliographie	60
7	L'expérience psychotrope	61
	L'effet d'une drogue ne se réduit pas à son action biologique	61
	Le modèle bio-psycho-social	61
	Au-delà de l'effet : l'expérience psychotrope	62
	<i>L'expérience psychotrope est fondamentalement systémique, 62 • L'expérience psychotrope est globale, 64 • Expérience psychosociale et mode de vie, 64 • Expérience psychotrope et polysémie, 65 • Expérience psychotrope et prévention, 65</i>	
	L'expérience addictive	66
	<i>Expérience addictive et savoirs expérientiels, 66</i>	
	Conclusion	67
	Bibliographie	67
8	Usages, abus et dépendances	69
	Tous les comportements d'usage ne se valent pas	69
	une approche catégorielle ou dimensionnelle ?	70
	La distinction entre les modes d'usage s'applique à toutes les drogues	72
	<i>L'usage simple, 72 • L'usage nocif (ou abus), 73 • La dépendance, 73</i>	
	La pyramide « médicale » des usages	75
	La dimension « expérientielle » des usages	76
	<i>L'intensité de l'expérience recherchée, 76 • La satisfaction obtenue, 77</i>	
	Conclusion	78
	Bibliographie	78
9	Le concept d'addiction	79
	Définition et origine	79
	<i>Les critères de Goodman, 79 • Son application en France, 81 • Un concept bio-psycho-social, 82 • Un concept qui ouvre à d'autres représentations, 82 • Le concept d'addiction dans l'approche expérientielle, 83</i>	
	Les problématiques de l'addiction	83
	<i>Les différents types d'usages, 83 • Les différents objets addictifs, 84</i>	
	Addiction et maladie	85
	<i>L'addictologie ne se réduit pas à un seul facteur, 85</i>	

Addiction et lois	86
Addiction et modernisation des pratiques	86
<i>Les évolutions du système de soins, 87 • Les évolutions des pratiques thérapeutiques, 87</i>	
Conclusion	88
Bibliographie	88
10 Modernité et addictions : la société addictogène	90
L'avènement d'une société addictogène	90
Estompage des cadres collectifs et dérégulation des comportements individuels	92
Instantanéité, intensité, recherche de jouissance...	94
<i>Accélération et instantanéité, 95 • De la jouissance marketée..., 95 • L'intensité / L'exacerbation sensorielle, 96</i>	
Des injonctions impossibles à tenir...	97
Déséquilibres économiques et précarité	99
Ouvrir les perspectives...	100
Conclusion	101
Bibliographie	101
11 Alcool et addiction	104
L'alcool, une drogue pas comme les autres ?	105
<i>Dimension culturelle, 106 • Santé publique, 107</i>	
Modes de consommation : faire évoluer nos représentations	107
Modes de consommation, la question de la réduction des risques	111
<i>En médecine, 111 • Conduite automobile, 112 • Dans le monde du travail, 113 • La question de la violence, 113</i>	
La dépendance du point de vue du sujet	114
L'alcoolisation excessive et l'ivresse	115
La consommation d'alcool parmi les autres conduites d'addiction	116
Clinique alcoologique	117
Conclusion	118
Bibliographie	119
12 Tabac et addiction	121
Introduction et diffusion du tabac en France	121
Tendances récentes de la consommation	122
<i>En population générale, 122 • Chez les plus jeunes, 122 • Populations spécifiques, 123</i>	

Potentiel de satisfaction	123
<i>Aspects psychosociaux, 123 • Psychoactivité, 124 • Sensorialité, 124</i>	
Potentiel de dangerosité	125
<i>Les complications somatiques, 125 • La dépendance, 126 • Risques sociaux, 128</i>	
Les politiques publiques	128
<i>Un objectif d'éradication et d'abstinence, 128 • Une succession d'interdits législatifs et de taxations, 129 • Des effets de plus en plus paradoxaux, 130 • Une nécessaire réorientation, 130</i>	
Conclusion	132
Bibliographie	132
13 Cannabis et addiction	134
L'approvisionnement	135
La culture du cannabis	135
Formes consommées	136
Le parcours des usagers de cannabis	137
Pharmacocinétique et dosages biologiques	138
Les effets neuropsychiques de la consommation de cannabis	139
<i>À court terme, 140 • À long terme, 141</i>	
Les liens avec les pathologies psychiatriques	143
<i>Risque schizophrénique et facteur de vulnérabilité, 143</i>	
Le risque de dépendance	144
Conclusion	145
Bibliographie	145
14 Opiacés et addiction	147
L'opium et ses dérivés, paradigme de « la drogue »	147
<i>L'opium, 147 • La morphine, 148 • L'héroïne, 149 • La consommation actuelle d'opiacés non prescrits, 149</i>	
La dépendance aux opiacés, paradigme de la oxicomanie	150
<i>Le profil pharmaco-clinique des opiacés, 151 • Les spécificités de la dépendance aux opiacés, 151 • Les spécificités de l'action psychique des opiacés, 152 • Les parcours de consommation et la dynamique de la dépendance opiacée, 153</i>	
Le syndrome de sevrage	155
L'overdose	156
Conclusion	156
Bibliographie	157

15	Cocaïne et psychostimulants	158
	Les produits	158
	<i>Cocaïne et crack, 158 • Amphétamines, méthamphétamines, 159 • Ecstasy, 159</i>	
	<i>• Les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS), 160</i>	
	Approche épidémiologique et contextes d'utilisation	160
	<i>Cocaïne et crack, 161 • Amphétamines, méthamphétamines, 161 • Ecstasy, 162</i>	
	Action et effets recherchés	162
	Dangers et dommages	164
	<i>Dommages liés aux modalités de consommation, 164 • Dommages somatiques liés aux psychostimulants, 164 • Dommages psychiatriques liés aux psychostimulants, 165 • Dommages sociaux, 166</i>	
	Abord thérapeutique	166
	<i>Prévention et intervention précoce, 166 • Réduction des dommages, 166 • Soins, 167</i>	
	Conclusion	168
	Bibliographie	169
16	Hallucinogènes et drogues de synthèse	170
	Les substances	171
	Effets recherchés et modalités d'usage	172
	<i>L'ivresse hallucinatoire, 172 • La recherche d'états modifiés de conscience, 173 • L'usage des hallucinogènes dans les sociétés traditionnelles, 173 • Les usages à visée thérapeutique, 175 • Les usages festifs, 176</i>	
	Les complications psychiques et somatiques	177
	<i>L'intoxication aiguë, 177 • Les complications psychiatriques, 178 • Les complications somatiques, 179 • La dépendance ?, 180</i>	
	Bibliographie	180
17	Dopage et conduites de dopage	182
	Définition	182
	<i>Des questions anciennes qui prennent des dimensions nouvelles, 183</i>	
	Dangereuse tricherie ou progrès ?	184
	<i>Lutter contre la fatigue..., 184 • Développer sa musculature..., 184 • Retarder le vieillissement..., 185 • Travailler « plus »..., 185</i>	
	Histoire du dopage sportif	186
	Définition et méthode de contrôle du dopage sportif	187
	Principales substances du dopage sportif	188
	Les boissons énergisantes : le dopage socialisé ?	190
	Bibliographie	192

18	Jeu pathologique	193
	Parcours	193
	Outils d'évaluation et prévalence	195
	Les différentes typologies de joueurs	195
	<i>Une classification selon la psychopathologie du joueur (Blaszczynski et Nower, 2002), 196 • Une classification selon les types de jeu (Petry, 2005), 196 • Une classification plus récente (Iancu et al., 2008), 197</i>	
	Comorbidités	198
	Principaux modèles explicatifs	198
	<i>La psychanalyse, 198 • Le modèle centré sur le comportement et les cognitions du joueur, 199 • Le modèle bio-psycho-comportemental, 199 • Le modèle neurobiologique, 200</i>	
	Accompagnement et traitement	200
	Conclusion	202
	Bibliographie	202
19	Cyberaddiction	204
	Le potentiel addictif des jeux	205
	L'usage problématique des jeux en ligne	206
	Prévalence et outils d'évaluation	207
	Une compréhension anthropologique	208
	Théories psychanalytiques et cognitivo comportementales	208
	<i>Une image de soi défaillante, 209 • La dyade numérique, 210 • Les cognitions erronées, 211</i>	
	L'accompagnement des joueurs excessifs de jeux vidéo	211
	<i>L'accompagnement de l'adolescent, 211 • L'accompagnement des parents, 212</i>	
	L'addiction aux réseaux sociaux	213
	Bibliographie	214
20	Autres addictions comportementales	216
	Les achats compulsifs	216
	Les addictions sexuelles	218
	L'addiction aux relations affectives	220
	Les troubles du comportement alimentaire	221
	<i>L'anorexie, 222 • La boulimie, 223 • Le Binge Eating (BE), 223</i>	
	L'addiction ou La dépendance à l'exercice physique	224
	Le workaholism ou l'addiction au travail	225

Autres dépendances comportementales	226
<i>Le jeu du foulard et autres strangulations, 226 • L'addiction au crime, 227 • La tanorexie et la dépigmentation volontaire, 227 • La dépendance aux thérapies, 228</i>	
Tout addict ?	229
Bibliographie	229
21 Les processus de l'addiction	234
Les processus biologiques de l'addiction	234
<i>La loi de la sensibilisation, 235 • La loi de la récupération, 235 • La « double pente » addictive, 236 • Le cycle biologique de la dépendance, 237</i>	
Les processus psychosociaux de l'addiction	238
<i>Stress, apaisement et état de besoin, 238 • La valeur expérientielle de l'addiction, 238 • Les deux versants de la problématique de l'addiction, 239</i>	
Le cycle de l'addiction	240
<i>La loi de réversibilité du cycle de l'addiction, 240 • La métaphore de l'ormière, 242</i>	
Conclusion	243
Bibliographie	244
22 Facteurs de protection, facteurs de vulnérabilité	245
Un système en interaction	245
<i>Le potentiel de risque addictif est la résultante de multiples interactions, 246</i>	
La résilience	246
Les facteurs de vulnérabilité et de protection psychosociaux	247
<i>Les groupes de pairs, 247 • La famille, 248 • Les activités sociales et culturelles, 249</i>	
Les facteurs de vulnérabilité et de protection individuels	249
<i>Le genre, 249 • La personnalité et la psychopathologie, 249</i>	
Les facteurs de vulnérabilité et de protection biologiques	250
<i>Les effets biologiques du stress, 251 • Où l'on retrouve l'expérience, 251</i>	
Perspective	252
Bibliographie	252
23 Psychotraumatismes et addictions	253
La notion de psychotraumatisme	253
<i>Les traumatismes « simples » (de type I), 254 • Les traumatismes « complexes » (de type II), 255</i>	

Les liens entre psychotraumatismes et addictions	256
<i>Trauma, stress et cycle de l'addiction, 256 • Alexithymie et dissociation, 257 • Trauma et addiction : une pathologie duelle, 258</i>	
Les modalités de traitements adaptées	259
<i>Double diagnostic et stabilisation, 259 • Des stratégies thérapeutiques spécifiques et intégratives, 260</i>	
Ce qu'il faut retenir	261
Bibliographie	262
24 Adolescence et addictions	264
Le processus de l'adolescence	264
<i>Les signes de la puberté, 265 • Les capacités cognitives nouvellement acquises, 265 • Le développement émotionnel, 265</i>	
Les facteurs de risques des conduites addictives	267
<i>La psychopathologie individuelle, 267 • La dépression et l'anxiété facteurs de risque majeurs, 267 • La société et ses évolutions, 268 • La famille, 268 • La relation avec les pairs, 269</i>	
Le parcours de l'adolescent consommateur	270
<i>Les premiers usages, 270 • L'usage « antalgique » : entrée dans l'usage abusif ou nocif, 272 • Le processus de dépendance, 272</i>	
Conclusion	273
Bibliographie	274
25 Addictions et psychopathologie	275
Aux origines	275
La mise en place d'une conception psychopathologique	276
Conceptions actuelles	277
Personnalité et pathologie addictive	279
Circonstances et motivations des usages	280
Psychopathologie et anthropologie	281
Conclusion	282
Bibliographie	283
26 Dépendance et attachement	284
Naissance du concept d'attachement	284
Interrelations avec le système comportemental d'exploration	285
Attachement « sécure » et attachement « anxieux »	286
Liens « insécures » et addiction	286
Apports de la psychanalyse pour une genèse psychodynamique des addictions	287

L'adolescence	288
Conclusion	289
Bibliographie	290
27 Troubles psychiques et addictions	291
Une grande variabilité des associations	292
Une grande fréquence des troubles concomitants	292
Quelle est la cause ? quel est l'effet ?	293
<i>Les troubles psychiques non spécifiques émaillant la trajectoire des personnes « addictes », 293</i>	
<i>• Les complications psychiatriques directement liées à l'usage de drogues, 297</i>	
<i>• Les troubles de la personnalité, 298</i>	
Ce qu'il faut retenir	300
Bibliographie	301
28 Grossesses et addictions	302
Une problématique qui s'auto-renforce.	303
<i>Maternité et consommation d'alcool ou d'autres drogues, 303</i>	
<i>• Des particularités associées à la consommation, 304</i>	
<i>• Des obstacles à la recherche d'aide, 305</i>	
Une philosophie de l'approche et des soins loin des stéréotypes	306
Effets des drogues sur le développement du fœtus	308
<i>Les antidépresseurs et les médicaments psychotropes, 315</i>	
Le processus de prise en charge	316
L'évaluation	316
L'examen des plans de soins	318
La gestion de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse	318
Conclusion	322
Bibliographie	323
29 Travail et addictions	325
Concepts et problématique	326
<i>Usages et troubles de l'usage, 326</i>	
<i>• Histoire de la prévention des consommations de SPA en milieu professionnel, 327</i>	
<i>• La problématisation de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels et leur impact sur les usages de SPA, 327</i>	
<i>• Les problématiques des interrelations entre le travail et les usages de SPA, 329</i>	
Les facteurs et les typologies des consommations de SPA en lien avec le travail	329
Pratiques de prévention des troubles de l'usage de SPA en milieu professionnel	331
<i>En médecine et santé au travail, 331</i>	
<i>• La prévention des risques et des dommages liés aux usages de SPA : une impasse conceptuelle, 331</i>	
<i>• Une nouvelle</i>	

problématisation, 333 • *L'analyse comprehensive des usages de SPA en santé au travail*, 334

Conclusion	335
Bibliographie	336

30 Addictions, urgences et hôpital 338

Urgence : définitions	338
Les situations d'urgence en addictologie	339
Les personnes addictes en situation d'urgence	341
Les réponses addictologiques	341
Les urgences fonctionnelles	342

Les demandes de sevrage, 342 • *Les demandes de médicaments de substitution aux opiacés (MSO)*, 342 • *Les demandes de dépannage médicamenteux*, 343

Les urgences à l'hôpital	344
--------------------------	-----

Les Services d'Accueil d'Urgence (SAU), 344 • *L'hôpital et les missions des Équipes de Liaison, de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (ELSA)*, 344 • *Les ELSA aux urgences*, 345

Le double diagnostic, addictologique et psychiatrique	348
<i>État des lieux : la culture du clivage</i> , 348 • <i>Les troubles co-occurrents : une urgence</i> , 349	
Conclusion	349
Bibliographie	350

31 Transdisciplinarité 351

Quelques définitions	351
Penser la complexité humaine	352
Une approche transdisciplinaire des addictions	353

Du triptyque bio-psycho-social à l'intelligence collective, 353

Intérêt de l'approche expérientielle pour un travail d'équipe transdisciplinaire	354
Le développement de potentialités créatrices de changement à partir d'une compréhension de l'addiction	355
L'expérience donne accès à la complexité de l'humain	356
Comment travailler ensemble ?	357

Organiser et combiner la complexité des interventions avec l'usager, 358 •

Permettre à l'usager d'être le premier acteur de son parcours, 358 •

Expérimentations et évaluation du case management, 359

Bibliographie	361
---------------	-----

32	Alliance thérapeutique	362
	L'alliance thérapeutique dans la psychothérapie : de la rencontre à la relation	362
	La confiance comme condition nécessaire à la création d'une alliance thérapeutique	364
	Reconnaissance et confiance dans les ressources et capacités du patient	365
	La prise en compte de l'expérience addictive	366
	La continuité du lien dans le temps et dans l'équipe pluridisciplinaire	367
	Conceptualisation de cette collaboration thérapeutique	368
	<i>Les entretiens motivationnels, 368 • Un exemple : le PAACT pour les jeunes usagers , 370</i>	
	Conclusion	371
	Bibliographie	371
33	Thérapies psychosociales et communautaires	373
	Fondement et principe des thérapies psychosociales en addictologie	374
	<i>Empowerment communautaire et individuel, 374</i>	
	Le groupe en tant que levier thérapeutique	375
	Le cadre et la place de l'intervenant	376
	Les différents types de dispositifs	378
	<i>Les actions communautaires locales, 378 • Les communautés thérapeutiques, 378</i>	
	<i>• Les centres thérapeutiques résidentiels, 380 • Les services de soins de suites et de réadaptation, 381</i>	
	Ce qu'il faut retenir	381
	Bibliographie	382
34	Psychoéducation	384
	Quelle est la place de la psychoéducation dans l'addictologie ?	385
	<i>Expertise du patient et expertise du professionnel, 386 • Une ouverture du dialogue sur la vie psychique, 387 • Le patient, acteur de sa vie, 387</i>	
	Psychoéducation en groupe et en individuel	388
	Les approches psychoéducatives en addictologie	388
	<i>L'approche motivationnelle, 388 • Les approches cognitives, 390 • La gestion expérientielle, 391 • La relation thérapeutique, 391</i>	
	Ce qu'il faut retenir	393
	Bibliographie	393
35	Les thérapies psychodynamiques des addictions	394
	Un socle commun	394
	Définition	395

Cadre psychanalytique et patients addicts	396
<i>Les difficultés de symbolisation du patient addict, 396 • L'influence des problèmes sociaux et biologiques, 397</i>	
L'accompagnement psychodynamique	397
<i>Alliance thérapeutique..., 398 • ... et lien transférentiel, 398 • La prise de conscience de ce qui fait symptôme, 399</i>	
Le travail psychothérapeutique	399
Conclusion	400
Bibliographie	400
36 Thérapie familiale systémique et addiction	402
Historique et évolution	403
<i>Les premiers développements de l'approche systémique des addictions, 403 • Les différents courants, 403</i>	
Un modèle pragmatique : la MDFT	405
<i>Les fondements, 405 • Le déroulé de la thérapie, 406</i>	
Un accompagnement familial par le groupe	406
<i>Le groupe multi-familial : une approche collaborative, 406 • Les trois principes, 407</i>	
Un autre regard sur les nouvelles familles	408
Conclusion	408
Bibliographie	409
37 Traitements de sevrage	410
Abstinence et objectifs du traitement	411
Le sevrage dans le traitement de la dépendance	412
Les principes de l'accompagnement du sevrage	413
<i>Prendre en compte les trois composantes de la problématique, 413 • Accueillir et élaborer la demande, 413 • La prise en compte des problèmes concomitants, 413 • Les sevrages partiels, 413 • Les demandes sous contraintes, 414</i>	
La conduite du sevrage thérapeutique	415
<i>Quel accompagnement du sevrage ?, 415 • La préparation du sevrage, 415</i>	
Les sevrages	417
<i>Ambulatoire ou hospitalier ?, 417 • Le sevrage d'alcool, 417 • Le sevrage d'opiacés, 420 • Le sevrage du tabac, 421 • Les autres sevrages, 421</i>	
Conclusion	422
Bibliographie	422

38	Traitements de substitution des opiacés	424
	Historique	425
	<i>La rupture avec le paradigme de l'abstinence, 425 • La singularité française, 426</i>	
	Les objectifs	426
	Indications	427
	Les caractéristiques générales des médicaments de substitution	427
	<i>La méthadone, 428 • La buprénorphine, 429 • Les effets indésirables des TSO, 431</i>	
	Les situations spécifiques	432
	<i>La grossesse, 432 • La détention, 432 • La précarité, 432</i>	
	L'accompagnement	433
	<i>Diversité, 433 • La prise en charge médicale, 433 • L'accompagnement psychologique et social, 434</i>	
	La question des fins de traitement	435
	<i>Comment arrêter ?, 436</i>	
	Que retenir ?	437
	<i>Des traitements basés sur la substitution, 437 • La nécessité d'alternatives thérapeutiques, 438</i>	
	Bibliographie	439
39	Traitements intégrés	440
	Qu'est-ce qu'une thérapie intégrée ?	440
	L'approche intégrative dans l'histoire du dispositif de soins en addictologie	441
	L'approche intégrative et les modèles de compréhension des addictions	442
	<i>L'approche tridimensionnelle, 443 • Les stades ou le processus de changement, 443</i>	
	Intérêt d'une approche intégrative dans la prise en charge psychothérapeutique des addictions	444
	Les différents modèles de psychothérapies intégratives	445
	En pratique, quels moyens pour quelles thérapies intégratives ?	447
	Conclusion	448
	Bibliographie	448
40	Soins sous obligation	450
	Drogues, perte de liberté et maladie	451
	Quelle conception des soins ?	451

La question du contrôle	452
<i>Les mesures d'orientation (hors tableau), 452 • L'injonction thérapeutique (IT), 453 • Mesures d'obligation dans le cadre du contrôle judiciaire (CJ), 454 • Mesures d'obligations dans le cadre post-sentenciel, 454 • Les stages de sensibilisation, 454</i>	
Le patient sous obligation est-il un patient comme les autres ?	455
<i>La question du choix, 455 • Alcool et délits, 456 • Demande du sujet et demande d'un tiers, 456</i>	
Les soignants doivent-ils entretenir des rapports avec les acteurs judiciaires ?	457
<i>Les relations duelles à propos d'une situation précise, 457 • Les relations partenariales, 458</i>	
Quelles exigences pour le soignant ?	458
<i>Le poids de la logique de répression sociale, 459 • La pénalisation de l'usage de stupéfiants accroît la confusion, 459</i>	
En résumé	460
Bibliographie	460
41 Gestion de l'addiction et accompagnement thérapeutique	461
De la consommation contrôlée à la « prévention de la rechute » : les premiers modèles d'accompagnement à la gestion	462
Les apports du modèle prévention de la rechute	463
<i>Critique de la notion de rechute, 464 • La re-consommation dans le processus de changement, 464 • Les déterminants et déclencheurs, 465 • Le craving, 466 • Situations à risques et compétences relationnelles, 466 • Le sentiment d'efficacité personnelle, 467 • Les effets positifs attendus, 467 • Les émotions, 468 • Les systèmes de pensée piègeurs ou négatifs, 469 • Les stratégies de coping, 469</i>	
De nouvelles approches ont enrichi la notion d'accompagnement thérapeutique de l'addiction	470
<i>L'approche motivationnelle, 470 • La réduction des risques, 471 • L'approche expérientielle, 472</i>	
Les points clés de l'accompagnement thérapeutique à la gestion de l'addiction	473
<i>Travailler avec l'ambivalence, 474 • Intégrer la réduction des risques dans la démarche thérapeutique, 475 • Associer les deux axes du traitement, 475 • Le renforcement du pouvoir d'agir, 476 • Le travail sur les émotions et la connaissance de soi, 476 • Faire expérience et faire sens, 477</i>	
Les mutations des soins en addictologie	477
Bibliographie	478

42	Projet éthique de la prévention	480
	Risque de la modernité et risque psychotrope	480
	Les valeurs de la prévention : liberté et autonomie	481
	Interdits, lois et éthique du droit en démocratie	482
	Autonomie et contrôle social	483
	Les bases éthiques du projet préventif	484
	<i>Place de l'individu, 484 • Place du social, 484 • Place de la loi, 485 • Place de la science, 485 • Place des conduites addictives, 485</i>	
	Bibliographie	486
43	Auto-changement	487
	Définition	488
	Consulter ou ne pas consulter ?	489
	Qu'apporte le changement sans traitement ?	490
	<i>Auto-changement et réduction des risques, 490 • Auto-changement et trajectoire addictive, 490 • Auto-changement, expérience et motivation, 491 • Auto-changement et amélioration des réponses sociales, 491</i>	
	Le réseau social et la place de l'insertion	491
	Les enjeux du changement sans traitement	492
	Conclusion	493
	Bibliographie	493
44	Éducation préventive	495
	Une réponse essentiellement éducative	495
	Une éducation à refonder ?	496
	<i>L'attention, 497 • L'autorité, 497 • L'autonomie, 498</i>	
	L'homme comportemental et/ou l'homme environnemental ?	498
	Une approche intégrée	499
	Rechercher une cohérence entre les acteurs de l'éducation	500
	La promotion de la sante	501
	<i>Orientations, 501 • Informer des risques et dangers : , 501 • Développer les compétences des parents..., 501 • Renforcer l'estime de soi des enfants et adolescents, 502 • Soutenir une attitude éducative équilibrée, 503</i>	
	Éducation « expérientielle » approche motivationnelle et aide à distance	504
	L'intervention précoce	505
	Conclusion	506
	Bibliographie	506

45	La promotion de la santé	508
	Origine	508
	Grands principes	509
	Éducation pour la santé	510
	Démarche communautaire appliquée à la santé	511
	Promotion de la santé et conduites addictives	512
	Mise en œuvre	514
	Conclusion	515
	Bibliographie	516
46	Intervention précoce	517
	Définition	518
	La démarche	518
	<i>Promouvoir et renforcer un environnement favorable, 519 • Le repérage, 519 •</i>	
	<i>L'évaluation, 520 • L'accompagnement, 520</i>	
	Les acteurs du dispositif	521
	<i>Les usagers, 521 • Les acteurs en contact direct avec la population cible, 521 •</i>	
	<i>Les professionnels spécialisés, 522 • La société, 523</i>	
	Le dispositif et les actions	523
	<i>Le repérage précoce, 523 • La rencontre, 524 • Après la rencontre, 525</i>	
	La recherche dans le champ de l'intervention précoce	525
	Quelques exemples d'expériences pratiques d'intervention précoce	526
	<i>Intervention précoce en milieu scolaire, 526 • Intervention précoce hors milieu</i>	
	<i>scolaire, 528</i>	
	Conclusion	530
	Bibliographie	530
47	Réduction des risques	532
	Les cinq postulats de base de la RdR	533
	Des individus, des environnements, des produits	534
	La RdR en France : du sida à l'addictologie	535
	<i>Prévenir le sida : la RdR de première génération, 535 • Prévention en milieu</i>	
	<i>festif : la RdR de deuxième génération, 536 • L'extension à toutes les addictions :</i>	
	<i>une RdR de troisième génération ?, 537</i>	
	RdR et politique	538
	Quel avenir ?	539
	Conclusion	541
	Bibliographie	542

48	Efficacité de la prévention	543
	Définition du champ et difficultés méthodologiques et conceptuelles	544
	<i>Définir les objectifs de la prévention, 544 • Des difficultés méthodologiques, 544</i>	
	<i>• Des stratégies d'intervention différenciées, 545 • Les mesures de prévention structurelles, des mesures rentables et efficaces, 545 • Mais insuffisantes, voire contre-productives à elles seules..., 546 • Peut-on mesurer l'efficacité de la prévention éducative ?, 547 • Les critères d'efficacité de la prévention :, 548</i>	
	De l'application de ces recommandations...	551
	Conclusion	554
	Bibliographie	554
49	Loi et contrôle social	556
	Limiter l'accès au produit : le cas de l'alcool	557
	<i>La défense sociale contre « le fléau » et les expériences de prohibition, 557 • La loi Évin, 558 • La loi de santé publique, 559</i>	
	Dénormaliser le produit : le cas du tabac	559
	Interdire la substance et l'usage : le cas des stupéfiants	560
	<i>La naissance de « la guerre à la drogue », 561 • La loi de 1970, 561 • Médicalisation et judiciarisation du risque, 561</i>	
	Mesures envers les consommateurs	562
	<i>La conduite automobile, 562 • Consommation sur les lieux d'activité, 563 • L'usage public, 563</i>	
	Informier pour dissuader	563
	Quelles modalités de contrôle social ?	564
	<i>Interdire et soigner versus éduquer et soutenir, 564 • Questionner les fondements du contrôle social, 565 • La logique de la médicalisation, 566 • La réduction des risques, 566</i>	
	Un point aveugle, le plaisir et l'expérience globale	567
	Conclure ?...	569
	Bibliographie	569
	Annexes. Sites internet ressources	571

Liste des auteurs

Alain MOREL, psychiatre, Directeur Général de l'association Oppelia, Président de l'Association pour la Recherche et la Promotion des Approches Expérientielles (ARPAE), courriel : amorel@oppelia.fr

Jean-Pierre COUTERON, psychologue clinicien, Centre Le Trait d'Union Boulogne Billancourt (92), Président de la Fédération Addiction, courriel : couteronjp@wanadoo.fr

Patrick FOUILLAND, médecin addictologue, ancien président de la Fédération Française d'Addictologie, courriel : patrick.fouilland@orange.fr

Anthony BEAUCHET, sociologue indépendant, courriel : anthony.beauchet@free.fr, site : www.anthonybeauchet.com

Céline BONNAIRE, psychologue clinicienne, CSAPA Pierre Nicole (75), Maître de Conférences, Université Paris Descartes, courriel : celinebonnaire@gmail.com

Nicolas BONNET, Pharmacien spécialisé en santé publique et addictologie, Directeur du RESPADD, courriel : nicolas.bonnet@respadd.org

Julien CHAMBON, anthropologue, Chef de service éducatif, Centre Tempo Valence (26), courriel : jchambon@oppelia.fr

Jérémie CONTAT, psychologue clinicien, CSAPA Essonne Accueil, Evry (91), courriel : jcontat@oppelia.fr

Michel CROUZET, médecin addictologue, responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Addictologie du CHI Poissy-Saint Germain (Yvelines), courriel : michel.crouzet6@wanadoo.fr

- Raphaël DELORME, infirmier/éducateur pour la santé, tabacologue, Roanne (42), courriel : raphaeldelorme@outlook.com
- Laurent FILLIT, psychologue clinicien, psychanalyste, Saint Drezero (34), courriel : laurent.fillit@sfr.fr
- Emmanuelle GIRA, psychopraticienne, CSAPA Le Trait d'Union, Boulogne Billancourt (92), courriel : emmagira@yahoo.com
- Sophie GOUTTE, psychologue clinicienne libérale et psychosociologue au Centre ESTA (<http://www.centre-esta.fr>), courriel : sophie.goutte@gmail.com
- Muriel LASCAUX, psychologue clinicienne, Centre Pierre Nicole (75), Docteur en psychologie clinique, Université Paris 8, courriel : muriellascaux@hotmail.com
- Gladys LUTZ, ergonomiste-chercheur, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), présidente de l'association Addictologie et travail (ADDITRA), courriel : gladys.lutz@additra.fr
- Claude MAGNIN, médecin généraliste, CSAPA Solea, Besançon (25), courriel : magninc@wanadoo.fr
- Naïra MELIAVA, psychologue clinicienne, Chef de service éducatif, Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) Kairos, Andresy (78), courriel : nmeliava@oppelia.fr
- Laurent MICHEL, psychiatre, addictologue, Directeur du Centre Pierre Nicole, Paris (75), courriel : Laurent.Michel@croix-rouge.fr
- Olivier PHAN, MD, PhD, CJC Pierre Nicole, Croix Rouge Française, Paris ; Unité d'addictologie, Clinique Dupré, Fondation santé d'étudiants de France, Sceaux ; Unité Inserm U669, Maison des Adolescents, Paris, courriel : odtphan@noos.fr

1

HISTOIRE

Alain Morel

**Petite introduction à l'histoire des drogues
et des addictions** _____

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

L'histoire des drogues se confond avec l'histoire des hommes, de leurs croyances, de leurs besoins, de leurs connaissances, de leurs conflits. La façon d'aborder leurs usages, en termes d'apports et de risques, a évolué, surtout ces deux derniers siècles. Non d'une façon linéaire ou du seul fait des avancées des sciences, mais par « strates » et dans un mouvement de balancier qui est à l'image des drogues et de leur ubiquité, entre remède et poison, entre fascination du plaisir et lutte contre la souffrance. Une grande partie des savoirs de l'expérience ancestrale des hommes sur ces produits a été perdue, notamment du fait de des dogmes d'une morale d'abord religieuse puis médicale qui ont régi ces derniers siècles leurs représentations et leurs utilisations. Le xx^e siècle a fabriqué de nouvelles croyances sans annuler totalement les précédentes (Rosenzweig, 1998). Il en découle un empilement de points de vue divers et contradictoires qui fait coexister des conceptions « anciennes » et « modernes », « morales » et « scientifiques », « médicales » et « sociales » et participe à la confusion actuelle.

Bien que chacune des drogues possède une histoire particulière et généralement extrêmement riche, un « regard addictologique » permet d'en proposer un panorama général qui met en évidence de nombreux points communs¹.

Des drogues naturelles aux drogues synthétiques _____

Avant l'avènement de la chimie organique du XIX^e siècle qui a permis d'en isoler des principes actifs, l'humanité a utilisé des drogues trouvées dans la nature, d'abord « spontanées » (que l'on peut cueillir) puis « cultivées » (dont la production est rationalisée et développée). La première tentative de classification de ces nombreuses plantes psychotropes (environ 150) a été réalisée par Lewin au début de XX^e siècle (Lewin, 1927). La seconde phase, technoscientifique, celle des alcaloïdes et des drogues de synthèse produites par la chimie moderne, voit l'apparition d'une foultitude de nouvelles molécules psychoactives qui seront souvent confiées aux médecins et aux juristes qui auront pour tâche de les classer.

◆ L'époque « pré-moderne » : les usages de drogues naturelles

Les drogues naturelles ont été très tôt utilisées dans le cadre de rites religieux et de pratiques thérapeutiques, mais aussi dans des pratiques « festives ». De l'ivresse profane à l'extase mystique, ce n'est pas l'expérience biologique qui diffère, mais l'expérience psychosociale, c'est-à-dire le sens qui lui est attribué et les pratiques dans lesquelles elles s'inscrivent.

L'**alcool**, substance obtenue par fermentation naturelle du raisin ou d'autres fruits (également de céréales et d'autres végétaux), est utilisé depuis des millénaires. En Europe, cet usage est diffusé d'un côté par les Celtes et de l'autre par les Romains. C'est le vin qui connaît le plus grand succès et un nouvel essor culturel du fait de sa production par des monastères, au nom de la Gloire de Dieu, dans toute la chrétienté. Si les techniques de distillation sont anciennes — Abulcasis a produit la fameuse *aqua vitae*, « eau de vie » censée procurer l'immortalité, dès le X^e siècle —, les boissons distillées ne se répandront qu'à partir du XIX^e siècle (Verdon, 2002).

1. L'histoire des politiques des drogues est davantage traitée dans le chapitre 2, « Les sociétés et les drogues ».

Outre l'alcool, avant et pendant le moyen âge, les drogues les plus utilisées en Europe furent des **plantes** aux effets enivrants et hallucinogènes (mais aussi toxiques) comme la mandragore, la jusquiame, la morelle noire, la belladone ou la scopolie. Leurs usages furent associés à des rites magiques et à la médecine empirique de l'époque. Ainsi, la jusquiame et la datura figuraient parmi « les herbes du diable » dont se servaient les sorcières, notamment comme « onguent aérien », leur permettant de « voler avec le démon » (Rosenzweig, 1998).

Le **cannabis** est mentionné pour la première fois autour de 2 700 avant J.-C. dans le *Traité des plantes médicinales* de l'empereur chinois Shen Nung. Le chanvre qui donne le cannabis est une plante connue de très longue date sur plusieurs continents, notamment en Asie, en Afrique du Nord et en Europe où sa culture a été encouragée au XVII^e siècle. En Inde en Afrique du Nord et en Asie Mineure, son usage fut intégré, jusqu'à sa prohibition récente, à des usages culturels, médicaux et religieux. En 2009, environ 200 millions de personnes dans le monde en ont consommé au moins une fois dans les 12 derniers mois.

Le **café**, probablement originaire d'Éthiopie, a été importé en Europe au XVI^e siècle, après une grande expansion dans le monde arabo-musulman où il a suscité engouement, anathèmes et mesures d'interdiction. L'Europe connaîtra les mêmes hésitations, certains souverains confondant, lors de révoltes de leurs administrés, l'effet du lieu de rencontre et de parole qu'étaient déjà les cafés avec ceux du café lui-même. C'est aujourd'hui le deuxième bien de consommation le plus échangé dans le monde, derrière le pétrole et avant le blé et le sucre (Mauro, 2002).

Le **tabac** est originaire d'Amérique centrale où il est déjà utilisé depuis plus de 2 500 ans lorsqu'il est découvert par les compagnons de Christophe Colomb. Comme le café, il est d'abord adopté par les aristocraties européennes du XVI^e siècle pour ses vertus médicinales et devient « le médicament universel » (Nourrisson, 1999). En France, il est fourni par l'ambassadeur Jean Nicot à Catherine de Medicis pour soigner les migraines de son fils, et deviendra ainsi « l'herbe de la reine ». Richelieu instaurera les premières taxes. Cultivé dans les colonies des Empires britannique, hollandais et français, il constitue une ressource économique croissante qui amène ces pays à confier sa distribution à des Monopoles d'État puis à de grandes sociétés privées. Plus d'un milliard de personnes en consomment actuellement dans le monde, et, chaque jour, onze milliards de cigarettes sont fumées.

Des cultures de pavot existaient déjà il y a 3 000 à 4 000 ans en Asie du Sud-Est et en Europe. Des textes antiques mentionnent l'utilisation de l'**opium**

comme médicament contre des douleurs et des diarrhées ainsi que pour calmer « les enfants qui crient trop fort ». À partir du xix^{e} siècle, l'opium devient un enjeu politique et économique majeur en Asie du Sud-Est. Sa production et sa consommation de masse, encouragées par les Anglais, soulèvent des problèmes sociaux et sanitaires face auxquels tentent de réagir les autorités chinoises. Plusieurs guerres de l'opium en découleront.

La consommation traditionnelle de **coca** (feuilles du cocaïer mâchées) par les peuples des Andes est attestée depuis plusieurs milliers d'années avant J.-C. La coca y a toujours été considérée comme une plante divine et médicinale. Son usage restera longtemps l'apanage des classes dirigeantes, la population n'y ayant accès qu'à l'occasion de certaines fêtes. La conquête espagnole au xvi^{e} accélère sa popularisation : la coca permettant d'augmenter le rendement des ouvriers-esclaves exploitant les mines des Andes, le roi d'Espagne, Philippe II, la déclare « nécessaire au bien-être des Indiens ». Après un siècle d'interdiction, le Président de la Bolivie, Evo Morales, vient de demander en vain que le mâchage de la feuille de coca ne soit plus prohibé par les conventions internationales.

Sur l'ensemble du globe, et plus encore en Amérique, de nombreuses populations indigènes ont développé — et pour certaines d'entre elles, continuent à le faire — des rites chamaniques impliquant l'ingestion de **plantes** ou de **cactus hallucinogènes**.

Dans l'histoire humaine, les drogues naturelles ont ainsi rempli trois types de fonctions différenciées : une fonction rituelle, religieuse et sociale, une fonction thérapeutique plus ou moins liée à la précédente, et, enfin, une fonction hédonique et festive. L'occidentalisation du monde s'est accompagnée d'une christianisation des comportements d'usage de drogues, au détriment des usages païens et chamaniques. Elle se traduit aussi, depuis deux siècles, par leur passage du domaine du religieux à celui de la médecine et de la loi sociale.

◆ L'époque moderne : l'isolement des alcaloïdes

Avec les progrès de la chimie, on isole progressivement à partir du xix^{e} siècle les alcaloïdes (principes actifs) des plantes et leurs dérivés psychotropes. Dans un monde où les échanges internationaux se mondialisent peu à peu sous les auspices de la production industrielle et de la consommation de masse, les substances psychoactives, de plus en plus nombreuses et de plus en plus puissantes, finissent par acquérir un rôle prédominant dans la vie des populations.

C'est ainsi qu'à partir de l'opium est isolé en 1804 un alcaloïde qui sera nommé **morphine** en vertu de ses puissants effets narcotiques. L'Allemand Freidrich Wilhelm Sertürner établit son intérêt pharmaceutique, et la morphine connaît alors un immense succès, que ce soit sur les champs de bataille en raison de ses propriétés antalgiques, ou dans différents milieux sociaux où l'on plébiscitait ses qualités auto-thérapeutiques et hédoniques (Yvoret, 1992). Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, de véritables « épidémies » de consommations d'opium ont pu être observées dans des milieux ouvriers misérables comme les *opium-dens* du Chinatown de l'East End de Londres. En 1894 est synthétisé le diacétylmorphine — ou **héroïne** — plus puissant encore que la morphine. La morphine et l'héroïne ne sont que les premiers d'une longue série de dérivés opiacés qui vont tous être utilisés en médecine et faire l'objet de certains usages détournés. Les travaux sur la biologie du cerveau sous l'effet des morphiniques permettront, dans les années 1970, de commencer à mettre à jour les premiers **neuromédiateurs** (les enképhalines) et leurs rôles dans les interactions synaptiques notamment dans le système dit « de récompense ».

En 1809, le chimiste français Louis Nicolas Vauquelin isole les premiers principes actifs du tabac. Ce sera le cas de la **nicotine** une dizaine d'années plus tard. Après l'époque de la pipe (chez les Britanniques) et de la chique (chez les Français et les Continentaux), c'est la cigarette qui se répand dans le monde entier. Des « adjuvants » sont ajoutés au tabac. On saura dès les années 1960 que certains engrais apportent des composants chimiques qui accroissent le pouvoir addictif du tabac bien que l'industrie mette près de quarante ans pour le reconnaître. Aujourd'hui, avec la cigarette électronique, on peut ne consommer que la nicotine et ne plus fumer le tabac.

En 1860, le chimiste autrichien Albert Neiman élucide la formule de la **cocaïne**. Dix ans plus tard, des dérivés de la cocaïne sont utilisés pour les anesthésies locales. Elle est administrée comme tonique et pour désintoxiquer de l'alcool ou de la morphine. Parallèlement, son usage déborde le cadre médical, elle fait le succès d'un vin stimulant, le vin Mariani, ancêtre du soda qui prendra son nom. Depuis les années trente, bien que devenue illicite, la consommation de cocaïne s'est progressivement répandue notamment sous l'impulsion des cartels sud-américains qui cherchent à écouler une production importante. Au début du XXI^e siècle on estimait à plus de 1,4 milliard par an le nombre de « rails » de cocaïne consommés chaque année dans le monde.

Durant tout le XIX^e siècle, **l'alcool**, désormais produit de manière industrielle, se diffuse très largement. Ce sont les populations confrontées à des conditions de vie et de travail très difficiles, ainsi que les peuples colonisés, qui en

font le plus grand usage. La distillation connaît un grand essor. En France, c'est le vin qui est promu « boisson nationale » (au Nord de l'Europe, ce sera la bière), alors que les « spiritueux » sont jugés seuls responsables des drames de l'alcoolisme. Si les alcools forts sont davantage taxés, ils n'en sont pas moins prisés, en particulier dans les pays où la consommation est occasionnelle et où c'est d'abord l'ivresse qui est recherchée. Façon de boire qui tend à se généraliser parmi les jeunes occidentaux au début du ^{xxi}^e siècle.

En résumé, cette seconde phase de l'histoire des drogues est surtout marquée par les progrès scientifiques, industriels et médicaux réalisés grâce à l'étude de ces substances et au formidable développement de la **psychopharmacologie**. Des centaines de molécules nouvelles sont synthétisées en laboratoire, en général à partir de principes actifs tirés des plantes psychotropes existantes, et sont commercialisées (Chast, 2002). Leur accès facilité par Internet est une nouvelle étape dans cette diffusion croissante. Utilisées à grande échelle, apparaissent alors leurs « effets secondaires », souvent minimisés un temps, avant qu'elles soient améliorées ou abandonnées en fonction aussi des intérêts économiques qui en sous-tendent le commerce. Cela résume l'histoire des barbituriques, des amphétamines, des antidépresseurs, des benzodiazépines et, finalement, de tous les psychotropes.

La société moderne est confrontée comme jamais aucune avant elle à une profusion de substances sans cesse plus actives et ciblées qui posent une question de plus en plus cruciale : quels modes de régulation sociaux permettront d'éviter que les hommes ne se retrouvent intoxiqués, « dépendants » et dans une assistance chimique permanente ?

L'histoire des addictions : des drogues aux comportements _____

L'histoire des addictions (au sens des dépendances et « toxicomanies ») ne se confond pas avec celle des drogues. L'apparition de la notion de dépendance et des mots en « isme » ou en « manie » rattachés à une substance, est historiquement datée : elle correspond à l'avènement de la société moderne, la société industrielle puis « post-industrielle », et à la conception d'une société basée sur l'individu et sa liberté, l'individualisme démocratique.

Analyser la construction historique et sociale de la dépendance en tant que problème revient à étudier l'alliance entre deux instruments essentiels dans l'administration des populations depuis deux siècles : la loi et la médecine. Ces deux approches idéologiques et techniques, parfois concurrentes, se

rejoignent sur la désignation de certains comportements déviants, qu'il s'agisse de les catégoriser comme néfastes au regard de la morale publique ou comme des pathologies au regard de la science. En matière de drogues et d'addictions, c'est ce modèle juridico-médical qui fonde les représentations dominantes et les politiques publiques dans le monde depuis maintenant deux siècles. Un modèle qui donne au problème un statut de « fléau social », qui le définit en tant que déviance des comportements et défaillance des corps, et qui propose comme réponse la normalisation des comportements par l'action de la loi, et, si besoin, par l'action thérapeutique.

◆ Le premier modèle de maladie : l'intoxication par la drogue

Le premier véritable « modèle de maladie » de la dépendance, à l'intersection de la morale et de la médecine, a longtemps été celui de Benjamin Rush à la fin du XVIII^e (Valleur, Matysiak, 2002). Ce médecin américain qui sera à l'origine de la naissance de la psychiatrie sur ce continent — et qui fut très engagé dans la lutte pour l'indépendance des États-Unis — écrit en 1785 un opuscule sur « les effets des esprits ardents c'est-à-dire l'alcool sur le corps et l'âme humaine », effets qu'il réunit dans un même tableau clinique qu'il qualifia de « maladie odieuse » (*odious disease*). Des recherches récentes attribuent à un médecin et philosophe européen de la Renaissance, le mérite d'avoir publié le premier manuel sur l'addiction. Il s'agit de Pascasius, son manuel écrit en bas latin traite de la dépendance au jeu d'argent et propose une thérapie par la parole qui annonce les approches cognitivistes et cliniques (Nadeau, Valleur, 2014)

Avec ces premières appropriations par la médecine d'une question jusque-là du domaine religieux et moral, s'ouvre la longue histoire des « pathologies de la dépendance » qui nous conduit aujourd'hui jusqu'à l'addictologie et cette affirmation émanant du National Institut of Drug Abuse au début du XXI^e siècle : « *Addiction is a brain chronic disease.* »

Dans cette première période, la conception qui prime est celle d'un modèle mono-varié : « C'est la drogue qui fait le toxicomane », c'est elle qui est la cause des désordres physiologiques et sociaux. Comme on décrit le saturnisme, l'intoxication par le plomb, Magnus Huss, médecin Suédois, décrit en 1849 l'alcoolisme chronique, intoxication par l'éthanol, qu'il considère comme une source de dégénérescence du peuple suédois (Fillaut *et al.*, 1999). La notion de dégénérescence, très en vogue à l'époque et pour encore près d'un siècle, évite de s'interroger davantage sur l'étiologie et sur l'appétence à l'alcool. Cette conception de l'alcoolisme en tant que maladie connaîtra un apogée

dans les années 1960 avec les travaux du médecin américain Elvin Morton Jellinek et son ouvrage *The Disease Concept of Alcoholism*.

À la fin du XIX^e siècle, la démarche est la même pour les autres drogues. Ainsi, en 1875, le médecin allemand Edouard Lewinstein distingue le morphinisme en tant qu'intoxication accidentelle par administration longue de morphine et la morphinomanie en tant que passion de certains à s'administrer cette drogue (Yvorel, 1992). Peu de temps après, cette « passion des toxiques » prendra le nom générique de toxicomanie. Mais il apparaît alors que toute la cause du problème ne relève pas que de la substance, mais aussi de celui qui en fait usage.

◆ Le second modèle de maladie : la vulnérabilité de certains usagers

Le modèle passe du mono au bi-varié : « C'est le toxicomane qui fait la drogue. » En d'autres termes, la défaillance ou le dysfonctionnement de certains individus explique leur incapacité à maîtriser leur relation au produit et à s'abstenir quand il le faut. Cette vulnérabilité peut être liée à la « dégénérescence » mais aussi à d'autres étiologies, qu'elles soient d'ordre psychopathologique (la perversion en particulier), sociopathique (les personnalités « antisociales » par exemple) ou qu'elles soient d'ordre biologique, voire génétique.

En Amérique du Nord, cette conception a connu un extraordinaire succès avec le développement des Alcooliques-Anonymes (AA), une association née en 1934 qui considère l'alcoololo-dépendance comme « une maladie progressive incurable et mortelle » qui ne toucherait que certains et dont la seule issue possible serait la mort ou l'abstinence totale et définitive. Ce succès s'étendit au monde entier, et l'on compte aujourd'hui des dizaines de milliers de groupes d'AA ou de Narcotiques-Anonymes, sans compter les divers autres groupes d'entraide qui ont plus ou moins adopté la même conception de « la maladie alcoolique ». Même si ce modèle a été promu en premier lieu par des associations d'inspiration religieuse, il a toujours fait bon ménage avec la médecine quand celle-ci confirme la réalité de « la maladie », moins lorsqu'elle entend lui trouver une réponse médicamenteuse.

Dans la première phase du modèle de maladie, puisque c'est la drogue qui est responsable du mal, c'est à elle qu'il faut s'attaquer, et ce seront d'abord les pharmaciens et apothicaires qui seront jugés coupables de dispenser trop facilement les drogues. D'une façon générale, la solution se résume à l'éradication du produit, donc à sa prohibition totale. Cette conception