

AIDE-MÉMOIRE


Addictologie

Sous la direction de
Alain **Morel** • Jean-Pierre **Couteron**

AIDE-MÉMOIRE

Addictologie

DUNOD

<p>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.</p> <p>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</p>		<p>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.</p> <p>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).</p>
--	---	--

© Dunod, 2019
(Dunod, 2010 pour la première édition)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078840-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° 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.

Sommaire

<i>Liste des auteurs</i>	IX
<i>Avant-propos. De quoi l'addictologie est-elle le nom ?</i>	XV

PREMIÈRE PARTIE

FONDEMENTS

1 Histoire	3
2 Les sociétés et les drogues	15
3 La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie	25
4 Les drogues : définition et classification	45
5 Drogues, plaisir et satisfaction	55
6 Drogues, dangers et complications	65
7 Les effets des drogues sur l'individu	77
8 Drogues et expérience	87
9 Usages, risques et satisfaction	95
10 Le concept d'addiction	107
11 Modernité et addictions : la société addictogène	119

DEUXIÈME PARTIE

LES CONDUITES ADDICTIVES

12	Alcool et addiction	137
13	Tabac et addiction	159
14	Cannabis et addiction	179
15	Opiacés et addiction	193
16	Cocaine et psychostimulants	207
17	Hallucinogènes et drogues de synthèse	219
18	Addiction aux jeux de hasard et d'argent	233
19	Cyber addictions et autres addictions comportementales	241

TROISIÈME PARTIE

CLINIQUE DES ADDICTIONS

20	Les processus de l'addiction	251
21	Facteurs de protection, facteurs de vulnérabilité	261
22	Psychotraumatismes et addictions	269
23	Adolescence et addictions	281
24	Attachement et psychopathologie de l'addiction	293
25	Troubles psychiques et addictions	303
26	Prison et addictions	327
27	Travail et addictions	345
28	Addictions et dommages sanitaires	359

QUATRIÈME PARTIE

RÉTABLISSEMENT, SOINS ET THÉRAPIES

29	Usagers, parcours et rétablissement	383
30	Soins coopératifs, accompagnements et thérapies de gestion de l'addiction	399
31	Transdisciplinarité et traitements intégrés	421
32	Les outils et pratiques de réduction des risques	435
33	Thérapies psychosociales et soins résidentiels	449
34	Thérapies Cognitivo-Comportementales et Mindfulness	461
35	Les thérapies psycho-éducatives, cognitives et émotionnelles	477
36	Les thérapies psychodynamiques des addictions	489
37	Thérapie familiale systémique et addiction	497
38	Sevrages et traitements	505
39	Les traitements de substitution des opiacés	525
40	Soins sous contrainte	543

CINQUIÈME PARTIE

PRÉVENTION, ENTOURAGE ET SOCIÉTÉ

41	Éthique et efficacité de la prévention	557
42	Auto-changement	575
43	L'auto-support	585
44	Éducation préventive et promotion de la santé	601
45	L'intervention précoce	613
46	Familles et prévention	631
47	Loi, contrôle social et régulation	643
	<i>Annexe. Sites internet ressources</i>	669

Table des matières

685

Liste des auteurs

Sous la direction de :

- **Alain MOREL**

Psychiatre, addictologue, directeur général de l'association Oppelia, président de l'Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles (ARPAE), auteur ou co-auteur de nombreux articles et ouvrages sur la prévention, les soins et la réduction des risques en addictologie ; il exerce son activité clinique au Centre Thérapeutique Résidentiel « Kairos » (Yvelines).

Courriel : amorel@oppelia.fr

- **Jean-Pierre COUTERON**

Psychologue clinicien, addictologue, ancien président de la Fédération Addiction et membre du bureau de la Société française de santé publique (SFSP), il exerce au CSAPA-CJC « Trait d'Union », à Boulogne-Billancourt ; il est auteur ou co-auteur d'articles et ouvrages sur l'addictologie.

Courriel : couteronjp@wanadoo.fr

Avec les contributions de :**• Xavier AKNINE**

Médecin généraliste, addictologue, Gagny (93), référent MG Addictions (Pôle médecine générale de la Fédération Addiction).

Courriel : dr.aknine@wanadoo.fr

• Julien CHAMBON

Anthropologue, chef de service, Centre Tempo Valence (26).

Courriel : jchambon@oppelia.fr

• Pierre CHAPPARD

Chef de service, CSAPA Le Trait d'Union, Villeneuve-la-Garenne (92), président de Psychoactif.

Courriel : pchappard@oppelia.fr

• Jérémie CONTAT

Psychologue clinicien, CSAPA Essonne Accueil, Evry, Palaiseau (91).

Courriel : jcontat@oppelia.fr

• Corinne DEFRANCE

Responsable de projet, Oppelia 78 et Fédération Addiction.

Courriel : c.defrance@oppelia.fr

• Jean-Michel DELILE

Psychiatre, directeur Général du CEID-Addictions, Bordeaux (33), président de la Fédération Addiction.

Courriel : jm.delile@ceid-addiction.com

• Catherine DELORME

Directrice de Passerelle 39, CSAPA-CAARUD (Jura), vice-présidente de la Fédération Addiction.

Courriel : cdelorme@oppelia.fr

- **Robert FISCHER**

Médiateur Santé Pair, Centre Thérapeutique Résidentiel Kairos, Oppelia 78.

Courriel : rfischer@oppelia.fr

- **Emmanuelle GIRA**

Psychopraticienne, CSAPA Le Trait d'Union, Boulogne Billancourt (92).

Courriel : emmagira@yahoo.com

- **Tim GREACEN**

Psychosociologue, directeur de recherche, Laboratoire du GHU-Paris Psychiatrie et Neurosciences.

Courriel : tim.greacen@ghu-paris.fr

- **Emmanuelle JOUET**

Docteure en sciences de l'éducation, chercheure au Laboratoire de recherche du GHU-Paris Psychiatrie et Neurosciences.

Courriel : emmanuelle.jouet@ghu-paris.fr

- **Nathalie LATOUR**

Déléguée générale de la Fédération Addiction, vice-présidente de TAPAJ France.

Courriel : n.latour@federationaddiction.fr

- **Muriel LASCAUX**

Psychologue clinicienne, CEAP du Centre Monceau (75), docteur en psychologie clinique, Université Paris 8.

Courriel : muriellascaux@hotmail.com

- **Jacques LE HOUZEC**

Scientifique, tabacologue, formateur (Certification CIMVAPE), Rennes.

Courriel : jacques.lehouzec@amzer-glas.com

• Amandine LUQUIENS

Psychiatre, addictologue, PH au CHU de Nîmes (31), CESP/Inserm 1018, vice-présidente du CUNEA et de l'APCA-MBPR.

Courriel : amandineluquiens@gmail.com

• Gladys LUTZ

Docteure en psychologie du travail, consultante, chercheuse associée au Centre d'étude et de recherche travail, organisation, pouvoir (CERTOP), CNRS, Toulouse. Présidente de l'association Addictologie et travail (ADDITRA).

Courriel : gladys.lutz@additra.fr

• Naïra MELIAVA

Psychologue clinicienne, responsable du développement Oppelia 78 et Oppelia national.

Courriel : nmeliava@oppelia.fr

• Laurent MICHEL

Psychiatre, addictologue, CESP/Inserm 1018 et directeur du Centre Pierre Nicole, Croix-Rouge française, Paris (75).

Courriel : laurent.michel@croix-rouge.fr

• Gregory PFAU

Pharmacien CSAPA Oppelia Charonne, (75), coordinateur TREND-SINTES Ile de France et de la Mission XBT de Médecin du Monde.

Courriel : gpfau@oppelia.fr

• Olivier PHAN

Pédopsychiatre, addictologue CJC du centre Pierre Nicole, Croix Rouge Française, Paris (75) ; Unité d'addictologie, Clinique Dupré, Fondation santé d'étudiants de France, Sceaux (92) ; Unité Inserm U669, Maison des Adolescents, Paris (75).

Courriel : olivier.phan@croix-rouge.fr

- **Brigitte REILLER**

Médecin généraliste, addictologue, Centre d'Études et d'Information sur les Drogues (CEID), Bordeaux (33).

Courriel : b.reiller@wanadoo.fr

- **Aude STEHELIN**

Psychologue clinicienne, CSAPA Le Trait d'Union Oppedia, Boulogne-Billancourt (92).

Courriel : astehelin@oppelia.fr

- **Cora VON HAMMERSTEIN**

PhD, psychologue clinicienne, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, Hôpital Paul Brousse (94), présidente de APCA-MBPR.

Courriel : hammersteincf@gmail.com

- **Association SOVAPE :**

- **Nathalie DUNAND**

Présidente Sovape.

Courriel : n.dunand@sovape.fr

- **Sébastien BEZIAU**

Vice-président, porte-parole Sovape.

Courriel : s.beziau@sovape.fr

- **Philippe POIRSON**

Administrateur, conseiller scientifique.

Courriel : p.poirson@sovape.fr

Avant-propos

DE QUOI L'ADDICTOLOGIE EST-ELLE LE NOM ?

CET AIDE-MÉMOIRE a pour ambition de rendre compte de la globalité et de la diversité des savoirs, expériences et approches qui constituent le champ de « l'addictologie ». L'objectif est de mettre à disposition cet ensemble de connaissances et de pratiques en le présentant à la fois sous toutes ses facettes et sous une forme cohérente et accessible qui apporte les bases d'un langage commun. Cela nous semble indispensable pour que l'addictologie soit un espace de réflexions et d'échanges où chacun sait de quoi il parle, y retrouve sa propre expérience et peut apporter sa contribution à un agir partagé.

Mais pour s'entendre et agir, pour contribuer aux changements nécessaires, il nous faut aussi savoir à quoi nous donnons le nom *d'addiction*.

Pendant longtemps, les francophones ont parlé séparément d'alcoolisme et de toxicomanie. La tabacologie, arrivée plus tard, s'est elle aussi mise « à part ». Jusqu'à ce que l'on s'aperçoive que ces clivages étaient porteurs d'une idéologie morale centrée sur les produits, mauvais d'un côté, bons de l'autre. Une idéologie laissant penser que la toxicomanie était une intoxication par « la drogue », un groupe de produits mauvais puisqu'illécites, par la faute d'usagers déviants dont le soin ne pouvait s'imaginer que par la contrainte d'une cure de « désintoxication ». Une idéologie considérant l'alcoolisme comme une perte de contrôle par quelques consommateurs, trop faibles, de la substance la plus valorisée au monde, l'alcool, dont la réhabilitation passait par une cure de sevrage et l'abstinence qu'elle devait instaurer.

Le concept d'addiction, adopté au début des années 2000 en France, a introduit un changement de paradigme et s'est vite généralisé. Sa perspective trans-produit a permis de dépasser ces cloisonnements et de s'écarter de cette idéologie stigmatisante de la faute. Il a légitimé les politiques s'intéressant aux risques liés aux usages et aux moyens de les réduire. Il a encouragé la diversité des interventions pour tenir compte de celle des situations. Enfin, il a déplacé le focus sur le comportement d'usage : l'addiction n'est pas une pathologie virale, elle ne « s'attrape » pas au contact d'un produit, elle résulte de conduites de consommation, motivées par la recherche universelle d'adaptation au monde, de bien-être et de plaisir. Des conduites en pleine expansion dont la prévention est un enjeu à la fois éducatif et sanitaire, et dont la régulation est un enjeu politique.

L'addictologie a pour objet ces conduites humaines d'autostimulation du plaisir et de modification du rapport au monde, pouvant comporter des risques et donner lieu à des dommages. Avec un tel objet complexe et évolutif, l'addictologie ne peut faire l'économie d'un abord *écologique*, multidimensionnel, *bio-psycho-social* et multi-varié selon le triptyque des interactions individu-produit-société. Aucune discipline, aucun éclairage, qu'il soit médical et neurobiologique, psychopathologique ou socio-anthropologique, ne peut prétendre mettre en lumière l'intégralité de ce système. La substance et son statut légal, les liens de son usage avec les valeurs sociales et culturelles de notre société « addictogène », les dimensions de vulnérabilités personnelles, les interférences produit/individu en sont des déterminants clés qui s'influencent mutuellement.

L'addictologie est multidisciplinaire, mais elle est plus encore. Elle ne se réduit pas aux savoirs professionnels et « experts », quels qu'ils soient, mais doit aussi intégrer les savoirs usagers et expérientiels. Ceux-ci sont distincts, différents, ils ne s'acquièrent pas à l'université ni dans les écoles, et sont souvent ignorés. L'avenir de l'addictologie se joue dans sa capacité à les associer dans ses approches, ses pratiques, ses institutions, ses formations, ses recherches, etc. Ils ont déjà montré leur apport essentiel dans l'invention et l'adaptation de la substitution ou du vapotage, comme dans toutes les pratiques de réduction des risques. Ils ont leurs propres domaines de développement, ceux de l'*empowerment*, de l'autonomie et du rétablissement.

Respecter la complexité des conduites addictives c'est leur donner toute leur dimension humaine par *l'intelligence collective, le partage et la coopération*. C'est à cette condition que l'addictologie sera un instrument moderne, pertinent et dynamique de construction collective et sociale, donnant des clés pour comprendre, des leviers pour agir ensemble.

L'aide-mémoire en addictologie est conçu à cette image. Il se construit, se précise, se complète d'édition en édition. Pour cette édition du dixième

anniversaire, ce sont près de trente auteurs de tous horizons, de tous métiers, toutes écoles et disciplines, usagers ou pas, qui ont apporté leurs contributions, acceptant de les mettre en lien et en dialogue avec les autres. Loin d'une juxtaposition de textes cet ouvrage associe et mutualise les savoirs, dessinant un regard neuf, ouvrant de nouvelles pistes et contribuant à faire de l'addictologie une construction collective toujours en devenir, toujours *in progress*.

Avec 47 entrées et chapitres, il est structuré en 5 temps.

- Le premier est celui des fondements, en 11 chapitres, qui permettent de prendre la mesure des évolutions de nos connaissances, de nos sociétés, mais aussi de la révolution conceptuelle apportée par la réduction des risques, l'approche par le pouvoir d'agir et le concept d'addiction.
- La deuxième partie examine l'ensemble des objets d'addiction, des plus anciens, à l'exemple de l'alcool, aux plus nouveaux, avec les questions posées notamment par les cyberdépendances.
- Le troisième temps est clinique, une clinique plurielle, en 9 chapitres abordant l'ensemble des conséquences, dommages et enjeux des conduites addictives, de la place du psycho-traumatisme jusqu'aux troubles psychiques, des chamboulements de l'adolescence aux tensions du monde du travail.
- La quatrième partie est consacrée au rétablissement, à la réduction des risques et aux traitements. Avec 12 chapitres qui détaillent les ressources pour un accompagnement alliant soins coopératifs aux thérapies de gestion, thérapies cognitivo-comportementales à la pleine conscience ou aux approches psycho-dynamiques ; qui rappellent l'intérêt des thérapies familiales et de la psychoéducation et qui expliquent les pratiques actuelles de sevrage, de substitution ou de réduction des risques.
- Le dernier temps nous ramène vers l'entourage, la prévention et la société : en 7 chapitres sur les paradoxes de la prévention, mais aussi sur son extraordinaire potentiel de l'éducation à l'intervention précoce. L'auto-support et l'auto-changement illustrent concrètement l'importance des savoirs et pratiques des usagers ; l'éducation préventive et les familles complètent ce temps qui se finit sur la question très politique de la régulation sociale, politique et économique des questions de drogues et de leurs usages.

Quelle que soit votre lecture, depuis le début ou selon vos questions et vos intérêts, nous espérons que vous aurez pu vérifier que chacun peut penser et agir et prendre une place singulière qui enrichit cette addictologie humaniste. L'addictologie appartient à tous.

Alain Morel et Jean-Pierre Couteron
août 2019

Première partie

Fondements

1	Histoire	3
2	Les sociétés et les drogues	15
3	La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie	25
4	Les drogues : définition et classification	45
5	Drogues, plaisir et satisfaction	55
6	Drogues, dangers et complications	65
7	Les effets des drogues sur l'individu	77
8	Drogues et expérience	87
9	Usages, risques et satisfaction	95
10	Le concept d'addiction	107
11	Modernité et addictions : la société addictogène	119

1

HISTOIRE

Alain Morel

Petite introduction à l'histoire des drogues et des addictions

L'histoire des drogues se confond avec l'histoire des hommes. Celle de leurs rapports ambivalents aux objets de leur environnement susceptibles d'adoucir leur existence, celle de leurs connaissances et de leurs croyances. En un mot, l'histoire de leur culture.

Ces deux derniers siècles et surtout ces dernières décennies, l'évolution de la question des drogues et de leurs usages s'est formidablement accélérée. Une grande partie des savoirs de l'expérience ancestrale des hommes sur les drogues naturelles a été perdue, disqualifiée par les dogmes d'une morale d'abord religieuse puis médicale (Rosenzweig, 1998).

Sous les effets de l'avènement de la société techno-industrielle puis du développement de la société libérale et hyper-consumériste, le « phénomène des drogues et des addictions » – les deux à présent liées et étendues à certains comportements – a pris une ampleur et une nature inédite dans l'histoire de l'humanité. Aujourd'hui plus que jamais, les connaissances évoluent, les pratiques et les paradigmes changent. En ce début du XXI^e siècle, l'humanité vit,

de ce point de vue aussi, un moment inédit, une « transition » vers un avenir à haut potentiel tant de risques que de nouveaux pouvoirs¹.

Dans cette histoire globale, chacune des drogues possède une histoire particulière, mais un « regard addictologique » global permet d'en proposer un panorama général qui met en évidence de nombreux points communs.

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 avec pour tâche de les classer, d'en dire les dangers et d'en réglementer les usages.

◆ 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 à des taux variables 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. 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 –, mais les boissons distillées ne se répandront qu'à partir du XIX^e siècle (Verdon, 2002).

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

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

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 2014, près de 200 millions de personnes en ont consommé au moins une fois dans les 12 derniers mois dans le monde.

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 britanniques, 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 dont on extrait l'**opium** 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 dites « 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, a demandé en 2014 à l'ONU que le mâchage de la feuille de coca ne soit plus prohibé, cela lui a été refusé.

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 médicinale et thérapeutique plus ou moins liée à la précédente, et, enfin, de manière plus marginale, une fonction hédonique et festive. L'occidentalisation du monde s'est accompagnée, ces deux derniers millénaires, d'une extension du judéo-christianisme promoteur de la consommation d'alcool et posant des anathèmes sur les usages païens et chamaniques d'autres substances. Depuis deux siècles nous assistons au passage du domaine du religieux à celui de la médecine et de la loi sociale, et à de profonds changements dans les produits, les pratiques d'usage, leurs représentations sociales et leur encadrement.

◆ L'époque moderne : l'isolement des alcaloïdes

À partir du **xix^e** siècle, avec les progrès de la chimie, les alcaloïdes (principes actifs) des plantes et leurs dérivés psychotropes sont progressivement isolés. Dans un monde où les échanges internationaux se mondialisent sous les effets de la production industrielle, des facilités de communication et de la consommation de masse, les substances psychoactives, de plus en plus nombreuses et puissantes, acquièrent un rôle croissant 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 (Yvovrel, 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 comme l'héroïne ne sont que les premiers d'une longue série de dérivés opiacés qui vont tous être utilisés en médecine avant de faire l'objet de certains usages détournés. Les travaux sur les effets biologiques des morphiniques sur le cerveau permettront, dans les années 1970, de mettre à jour les premiers **neuromédiateurs** (les enképhalines) et leurs rôles de « drogues endogènes » dans les interactions synaptiques et dans le système dit « de récompense ».

En 1809, le chimiste français Louis Nicolas Vauquelin isole les premiers principes actifs du tabac, dont 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 va répandre le tabac à fumer dans le monde entier. Des « adjuvants » lui sont ajoutés. Dès les années 1960, on saura que certains engrais apportent des composants chimiques qui accroissent le pouvoir addictif du tabac. Mais l'industrie mettra près de quarante ans à le reconnaître. Aujourd'hui, avec le vapotage on peut consommer la nicotine par vaporisation, sans 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 célèbre 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 toujours plus importante malgré la prohibition. 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 et en subissent de grands dommages. La distillation connaît un grand essor. En France, 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 obtenues en laboratoire, en général à partir de principes actifs tirés des plantes psychotropes existantes, et sont commercialisées (Chast, 2002). Si elles sont 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 opiacés, des barbituriques, des amphétamines, des antidépresseurs, des benzodiazépines et, finalement, de tous les psychotropes. Mais cette seconde phase est également marquée par l'avènement de la **prohibition** mondiale de certaines drogues et ses effets délétères sur les trafics, la qualité des produits et sur leurs usages, parallèlement à une mondialisation de l'usage des drogues licites comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

La société moderne est confrontée comme jamais aucune avant elle à une profusion de substances sans cesse plus actives et ciblées dont les usages se banalisent, s'inscrivent dans les modes de vie, créent des problèmes de santé publique et soulèvent 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 (précédemment dénommées « 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 ultra-libérale, basée sur l'individu et sa liberté, l'hyper-consumérisme du grand nombre, le profit de quelques-uns et le délitement de liens sociaux.

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 souvent 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 bientôt deux siècles. Un modèle qui donne au phénomène un statut de « fléau social », qui le définit en tant que déviance des comportements ou maladie traduisant la défaillance des corps,

et qui propose comme réponse la normalisation des comportements par l'action de la loi, et, au besoin, par l'action thérapeutique.

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

Le premier « 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 – écrivit 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, Pascasius, le mérite d'avoir publié le premier manuel sur l'addiction : un manuel écrit en bas latin qui traite de la dépendance au jeu d'argent et propose une thérapie par la parole, prémisses des futures approches psychothérapeutiques et l'entraide (Valleur, Nadeau, 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, le processus est le 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 (Yvovel, 1992). Peu de temps après, cette « passion des toxiques » prendra le nom générique de toxicomanie. L'opprobre et la stigmatisation vont s'exercer surtout sur les produits utilisés par les esclaves ou les migrants, considérés comme trop dangereux. Cela va légitimer le classement des drogues entre celles

d'usage licite – l'alcool, le tabac et les médicaments -, et celles d'usage illicite – les stupéfiants. En clair les « bonnes » et les « mauvaises » drogues au regard des Occidentaux qui détiennent les rênes de l'économie mondiale et de la législation internationale.

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

Mais tous les usagers ne sont pas affectés par leur usage, et ceux qui le sont ne le sont pas tous de la même façon. Il apparaît alors que toute la cause du problème ne relève pas seulement de la substance mais aussi de celui qui en fait usage.

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'alcool-dépendance comme « une maladie progressive incurable et mortelle » qui ne toucherait que certains et dont la seule issue possible serait l'abstinence totale et définitive grâce au groupe de pair réuni autour d'une spiritualité universelle (le programme en 12 étapes). Ce succès s'est étendu 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 elle confirme la réalité de « la maladie », moins lorsqu'elle entend trouver une réponse médicamenteuse à cette maladie ou promeut l'idée d'une meilleure gestion grâce à la réduction des risques.

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 alimenta logiquement les grands mouvements prohibitionnistes que connurent l'Europe du Nord et l'Amérique au passage des XIX^e et XX^e siècles.

Avec la seconde version du modèle de maladie, ce sont certains individus qui sont à l'origine du problème, ils sont donc désignés à la fois comme victimes et responsables, malades et délinquants, objets de compassion mais aussi d'opprobre. Leur comportement doit être contrôlé, donc judiciarisé. Cela justifiera que l'on poursuive les usagers de ces substances jetées aux gémonies, même si certains, à l'instar des usages autrefois culturellement régulés, montrent qu'il n'est pas impossible d'en garder au moins temporairement le contrôle.

◆ Le modèle multivarié : une conduite sociale

Dans la fin des années 1960, l'apparition soudaine d'usages de drogues, anciennes (cannabis, héroïne...) ou « nouvelles » (LSD), conjointement avec les mouvements contre culturels qui secouent les jeunes dans de nombreux pays, met en valeur une dimension oubliée : les usages des drogues prennent sens dans leur contexte et sont porteurs de façon de vivre. « La drogue » et « la toxicomanie » sont perçues (et revendiquées) comme des aspirations au changement, des symptômes du mal-être des jeunes.

Parallèlement, de nouvelles données viennent battre en brèche les modèles axés sur la seule relation drogue-individu. Le contexte d'utilisation apparaît comme un facteur essentiel avec les études sur les GI's revenant dépendant de l'héroïne du Vietnam et qui ont pu, pour la plupart, arrêter seuls leur usage d'héroïne de retour au pays. Les recherches menées sur les médicaments et sur les placebos montrent l'importance déterminante des attentes et des croyances de l'usager sur les effets mêmes du produit. L'épidémie de décès par overdose lors de « la crise des opioïdes » en Amérique du Nord au début du ^{xxi}^e siècle va souligner l'importance des déterminants sociaux et économiques sur une population et dans un certain contexte, pour comprendre le développement des dépendances.

D'autres études révèlent aussi que des sujets dépendants, notamment d'alcool, peuvent reprendre le chemin d'une consommation modérée, et que les consommateurs disposent généralement de ressources pour modifier leur comportement d'usage si nécessaire (Szasz, 1976 ; Suissa, 2008). C'est en particulier cela que les actions de réduction des risques vont démontrer face aux problèmes du sida et des hépatites dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix : si on leur en donne les moyens et si on leur en reconnaît les capacités, les usagers même dépendants peuvent diminuer les risques qu'ils prennent ou qu'ils font prendre aux autres. Soigner ou aider les usagers ne peut se résumer à les conduire au sevrage et à l'abstinence. Il existe une gamme de possibilités diverses permettant à l'usager d'exercer son pouvoir d'agir pour modifier son comportement.

Cette étape très morale et idéologique de construction du problème a vu parallèlement s'élever de nombreuses critiques envers la politique de prohibition

(Coppel, Bachmann, 1989, Morel, Couteron, 2011). Elle a aussi amené à penser les problématiques davantage en termes de conduite que de produit, ouvrant ainsi la porte à une vision plus transversale qui prend en compte davantage les points communs que les spécificités des différentes conduites addictives. Elle a aussi rendu possible une approche multidimensionnelle, donc systémique et expérientielle, de ces questions, plus centrée sur les risques que sur la culpabilisation des usagers.

Conclusion

Il n'y a pas de société sans drogue. Toutes ont développé des usages de substances psychoactives dans trois directions : l'usage thérapeutique, l'usage de socialisation et l'usage hédonique. Cette question est peu à peu passée du domaine du sacré à celui de la médecine et de toutes les activités « profanes » posant moins une question morale que celle des risques qu'elles peuvent faire encourir. Loin d'apporter des solutions, l'avènement de la science moderne a accru certaines connaissances mais aussi démultiplié la problématique au moment où la société mettait l'individu et sa liberté de consommer au centre de son modèle, tout en créant de plus en plus d'inégalités. La société de la modernité est confrontée à des problèmes qui menacent sa survie et se voit interrogée comme aucune autre avant elle par les dérèglements de nos savoirs, de nos relations sociales et de nos capacités de régulation.