

Alain Morel

Drogues, plaisirs et politique

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Alain Morel, « Drogues, plaisirs et politique », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008, consulté le 03 juillet 2015. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/983>

Éditeur : Publications de la Sorbonne

<http://socio-anthropologie.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://socio-anthropologie.revues.org/983>

Document généré automatiquement le 03 juillet 2015. La pagination ne correspond pas à la pagination de l'édition papier.

© Tous droits réservés

Alain Morel

Drogues, plaisirs et politique

Pagination de l'édition papier : p. 3-22

- 1 Initialement, le titre de cet article était « addictions, bonheur et liberté ». Cette trilogie est effectivement fort intéressante, mais elle ouvre d'emblée à une réflexion philosophique et il serait bien prétentieux de s'improviser philosophe. C'est donc une autre trilogie, « drogues, plaisir et politique », qui apparaît davantage à la jonction de la clinique et du social, de la pensée et de l'action, du soin et de la prévention. Toutes choses qui sont beaucoup plus familières à la pratique et aux outils conceptuels de l'auteur. Cela n'en ouvre pas moins un champ très large qui sera abordé à partir d'une question qui traverse actuellement les milieux professionnels de l'intervention en toxicomanie et de l'alcoologie : que nous apportent les notions d'*addiction* et d'*addictologie* ? Quels en sont les ferments de renouveau de notre pensée et de nos actions ? Quels en sont les limites, voire les ornières ? Quels sont les nouveaux enjeux qu'elles soulèvent ? Nous ouvrirons un premier chapitre en paraphrasant le titre d'un excellent ouvrage du psychanalyste belge, Jean-Pierre Jacques, *Pour en finir avec la toxicomanie* (1999).

Pour en finir avec la toxicomanie

- 2 Qu'est-ce que la toxicomanie ? Dans « l'opinion publique », c'est-à-dire un peu nous tous aussi, cela recouvre, *grosso modo*, l'usage de « la drogue ». Depuis longtemps nous avons été quelques-uns à démontrer que « la drogue » ne peut se définir autrement que comme un mythe (Morel *et al.*, 2000), un mythe au sens que lui donne l'anthropologie, c'est-à-dire un mot ou un personnage qui évoque à lui tout seul une métahistoire, une histoire et des croyances qui créent une hiérarchie des valeurs et un sens commun, une histoire qui fait culture et qui devient un point de repère organisateur des représentations collectives et des conduites à un moment donné. La drogue est le mythe moderne du Mal et de la menace tapie derrière la séduction du plaisir, une menace objectivée à l'extérieur de l'homme, une menace qui l'amènerait à se détruire lui-même, d'où l'opprobre jeté sur ces substances et ceux qui s'y adonnent. Elle évoque une métahistoire sur le plaisir et sa perversion qui n'est qu'une traduction modernisée de celle d'Adam et de la pomme, l'un des grands mythes fondateurs de notre civilisation. Comment se constitue un mythe ? La psychologie expérimentale nous l'explique très bien grâce à une expérience réalisée dans le laboratoire d'une université américaine et rapportée ainsi par Patrice Nominé (2004) :

(1) Mettez une vingtaine de chimpanzés dans une pièce. (2) Accrochez une banane au plafond et mettez en place une échelle permettant d'accéder à la banane. (3) Assurez-vous qu'il n'y a pas d'autre moyen d'attraper la banane qu'en utilisant l'échelle. (4) Mettez en place un système qui fait tomber de l'eau glaciale dans toute la pièce dès qu'on commence à escalader l'échelle. (5) Les chimpanzés apprennent vite qu'il ne faut pas escalader l'échelle... (6) Arrêtez le système d'eau glacée, de sorte que l'escalade n'entraîne plus son fâcheux effet douloureux. (7) Maintenant, remplacez l'un des vingt chimpanzés par un nouveau. Ce dernier, à peine entré, va bien sûr chercher à escalader l'échelle pour attraper la banane et, sans comprendre pourquoi, se fera tabasser par les autres. (8) Remplacez encore un des anciens chimpanzés par un nouveau, qui fera, bien sûr, la même tentative. Ce dernier se fera également tabasser et c'est celui qui a été introduit juste avant qui tapera le plus fort ! (9) Continuez le processus jusqu'à ce qu'il n'y ait plus que des nouveaux. (10). Alors plus aucun chimpanzé ne cherchera à escalader l'échelle, et si jamais il y en a un qui, pour une raison quelconque, ose y mettre le pied, il se fera massacrer illico presto par les autres. Le plus remarquable, c'est qu'aucun chimpanzé n'agira plus désormais autrement et sans la moindre idée sur le pourquoi de la chose.

- 3 C'est ainsi que naît le mythe de la « bananomanie ». C'est ainsi que naissent les mythes... Sauf qu'en matière de drogues, il y a toujours quelqu'un pour monter à l'échelle et, malgré tous les avertissements, pour braver les risques afin de manger la banane quand même.
- 4 Comme tout mythe, celui de « la drogue et la toxico-manie » comporte une certaine part de réalité : monter à l'échelle peut être dangereux en effet, plus dangereux en tout cas que

d'attendre que le personnel de l'animalerie apporte les bananes à manger... Mais qu'est-ce que devient un chimpanzé qui ne fait plus qu'attendre que le préposé vienne lui donner sa nourriture ? Qu'est-ce qu'un homme qui ne pourrait assouvir que son besoin de sécurité, mais qui ne pourrait plus prendre de risques pour répondre à son besoin d'exploration ? Plus un humain, ni même un être vivant : rien.

5 Et puis une autre question se pose : quel est l'imbécile, si l'on peut se permettre, qui a organisé un système de punition collective et instillé l'idée que c'est toute la tribu qui est menacée lorsqu'un individu prend un risque pour se payer « une bonne banane » ? Ne voit-on pas que, pour aller récupérer d'autres fruits que la banane, des pommes par exemple, qui sont depuis longtemps dans les habitudes du groupe, les chimpanzés n'en prennent pas moins de risques, voire plus, et que l'on n'imagine pas leur taper dessus ni menacer toute la collectivité pour cela ? Mais il y a toujours des candidats à la présidence de la république des chimpanzés pour affirmer que les pommes n'ont rien à voir avec les bananes, et qu'une fois élu, ils élargiront le droit de faire de la publicité pour les pommes...

6 Les premiers cliniciens qui se sont engagés dans le domaine des drogues dans les années 1970 ont vite perçu les immenses décalages entre les représentations sociales de « la drogue » et la réalité. En tentant de rendre intelligible les conduites de jeunes autrement que sous l'angle d'une faute et d'une perversion sociale, ils ont commencé à s'attaquer au mythe. Ils ont mis le ver dans la banane, pourrions-nous dire. Ils ont — nous avons — alors combattu pour la reconnaissance des spécificités cliniques et des significations sociales de « la toxicomanie ».

7 Mais ce discours de « la drogue symptôme » s'est construit en adoptant un compromis avec la définition du moment du toxicomane (Morel, 1997). Une définition juridico-médicale instituée par la loi de 1970 qui a créé un nouveau statut au « drogué » alors accusé de mettre en danger la société en se rendant malade : désormais, il n'est plus seulement un marginal, un dépravé, mais un délinquant passible de la justice, pour répondre d'actes portant atteinte à sa santé, certes, mais considérés surtout comme antisociaux. Exactement comme sont traités par le groupe nos chimpanzés de tout à l'heure qui montent à l'échelle...

8 Il n'est donc pas surprenant que les spécificités cliniques de la toxicomanie aient été construites, dans ces années, non pas autour de la dépendance mais autour de la notion de transgression et de l'usage de substances, à la fois interdites et considérées comme extraordinairement puissantes... Cela ne pouvait qu'entériner une différenciation avec l'alcool et l'alcoololo-dépendance, car l'alcool n'est pas marqué du sceau de l'interdit dans nos sociétés et nous sommes censés savoir en faire un usage « modéré » et contrôlé. Il en découlait aussi une impossibilité totale d'intégrer le tabac dans le même champ, tant ce produit — d'ailleurs consommé à cette époque le plus naturellement du monde par tous les intervenants en toxicomanie ou presque — ne répond en rien à des notions de « défonce », ni à des questions d'interdits.

9 Avec le champ spécifique de la toxicomanie, s'est ainsi ouverte une « nouvelle clinique », celle du toxicomane au singulier, consommateur de drogues illicites : la clinique de l'intensité, de la transgression, de l'ordalie, la clinique de la prise de drogue comme symptôme d'une recherche démesurée. Cette démesure compulsive ne pouvant trouver sens, pour les cliniciens, que dans une fragilité voire une pathologie sous-jacente. À distance du modèle de « la toxicomanie maladie », nous avons donc appuyé nos pratiques autour de ce modèle de la toxicomanie comme symptôme.

10 Ces pistes ouvertes par cette « clinique du toxicomane » ont indéniablement permis d'approfondir des zones peu explorées jusque-là. Mais, en deux ou trois décennies, l'évolution des pratiques de consommation et du regard de la société sur les psychotropes (légaux ou illégaux) ont relativisé voire sapé une grande partie des bases sur lesquelles elle avait fondé sa spécificité. Tant en ce qui concerne la puissance des substances rangées dans le groupe des stupéfiants que la marginalité sociale de leurs usagers ou que les secteurs de populations concernés et les modalités de consommation, bien peu des frontières et des critères définissant « le toxicomane » des années 1970 ont conservé leur validité. Aujourd'hui, la toxicomanie apparaît comme un artefact en tant que représentation construite à partir d'une double définition, légale et médicale, incapable de rendre compte d'un phénomène extraor-

dinairement hétérogène et immergé dans toute la société... La toxicomanie n'est plus qu'une petite lorgnette sur un phénomène qui s'est considérablement étendu, ancré et diversifié dans le monde.

- 11 Par exemple, comment qualifier et comprendre le comportement de ce paysan filmé par « Pharmaciens Sans Frontières » au fin fond du Burkina-Faso, et qui explique être devenu un cultivateur inégalable et admiré dans son village depuis qu'il prend du « 14 », c'est-à-dire des comprimés d'une mauvaise amphétamine qui lui sont fournis par un petit vendeur ambulancier et dont il ne peut plus se passer ?¹ Exactement comme ces cols blancs ou ces cadres de nos sociétés libérales, de plus en plus nombreux à trouver dans certaines formes de « dopage » le sentiment d'une meilleure adéquation au modèle de rendement qu'exige le processus de production moderne.
- 12 L'inadéquation de la toxicomanie comme concept face aux problématiques d'aujourd'hui trouve une illustration plus claire encore avec la consommation massive d'une drogue pourtant interdite : le cannabis. L'usage de cette substance par près de la moitié des adolescents et par 15 à 20 % d'entre eux de façon régulière n'a généralement que peu à voir avec la recherche de transgression et d'intensité sur laquelle s'est fondée la clinique de la toxicomanie. Nous pouvons le vérifier dans nos consultations *ad hoc* ouvertes ces dernières années. D'ailleurs la première des choses qu'ont dû faire ces consultations pour avoir une chance de crédibilité auprès du public visé a été de retirer toute mention de la toxicomanie dans leur dénomination. Nous avons pu observer que, pour une part croissante d'usagers, il s'agit de consommations d'adaptation et de protection contre le monde externe, l'effet du cannabis apportant une sorte de filtre entre soi et les énormes tensions que produit ce monde sur les individus. Des consommations qui, parfois, n'en sont pas moins « problématiques », mais dont la question centrale ne se réduit pas à celle de la dépendance à la substance.
- 13 Autre exemple illustratif, nous pourrions aussi souligner la difficulté que nous avons à définir en termes adaptés la personne sous traitement de substitution aux opiacés : toxicomane en traitement ? Ex-toxicomane ? Patient *addict* substitué ? Toxicomane abstiné ou en maintenance ?
- 14 Même si certains comportements de consommation actuels correspondent au modèle de la toxicomanie « défoncée », ils ne sont plus qu'une des facettes d'un ensemble de conduites beaucoup plus vaste. Il nous faut donc réinventer non seulement des mots, mais un nouveau regard et une nouvelle relation avec ces faits et ces personnes qui viennent à nous avec d'autres histoires, d'autres problèmes, et que nous sommes chargés de comprendre, d'aider et d'accompagner. Si nous revenons à l'expérience de laboratoire décrite plus haut, l'addictologie n'est finalement que la prise en compte du fait que de plus en plus de chimpanzés vont chercher toutes sortes de fruits (et pas seulement des bananes) en prenant plus ou moins de risques. Le problème posé n'est pas celui des bananes ou des pommes ou de quelconque objet de satisfaction, mais le fait que certains chimpanzés montent sur des échelles très périlleuses et d'autres pas, que certains tombent et d'autres pas... Problème d'autant plus grave que la cage des chimpanzés dispose de plus en plus de fruits et que la majorité des membres du groupe en sont friands et souvent heureux... Problème d'autant plus compliqué qu'il y a toujours des moralistes sécuritaires qui voudraient que tous les individus se conforment à leur norme sous peine de punition pour les contrevenants et de menace de douche glacée pour tous. Tous ces phénomènes sont trop en résonance avec les réalités vécues dans ce monde pour que nous ne nous posions pas la question : en quoi la société infère-t-elle dans ces comportements ?

Dans quelle société vivons-nous ?

- 15 La société de ce XXI^e siècle n'a plus grand-chose à voir avec celle d'il y a trente ou quarante ans, et la place des substances psychoactives (SPA) est devenue tout autre : elles sont aujourd'hui des assistants possibles et courants, dans tous les domaines et tous les instants de nos vies.
- 16 Nous recevons tous sur nos messageries électroniques des foultitudes de publicités de plus en plus explicites qui nous le rappellent que trop. L'un de ces *spams* diffusé récemment par le net proposait toutes sortes de « pilules » (Viagra, Xanax, Valium, Tramadol, Tamiflu, etc.) avec ce slogan : *No privacy exposure, no time wasted, no exorbitant prices ! Start a super life now !*

(Pas de vie privée exposée, pas de temps perdu, pas de prix exorbitant ! Commencez une vie géniale maintenant !). N'est-ce pas là une illustration parfaite de valeurs ô combien essentielles de la modernité : trouver, au plus vite et au moins cher, les produits répondant immédiatement à des néo-besoins et qui vont donner le sentiment que sa propre vie est « géniale » ? De surcroît, nous sommes en train de découvrir que les SPA sont en réalité des instruments nous permettant d'agir sur les substances endogènes de notre organisme, ces neuro-hormones et autres ligands et médiateurs qui inscrivent dans la physiologie de notre cerveau notre propre relation au monde. Ces substances nous permettent ainsi d'intervenir dans l'intimité de nos émotions et de nos perceptions ; peut-on rêver mieux ?

17 De nombreuses approches socio-anthropologiques analysent de façon convergente ces mouvements de nos modes de vie, de nos représentations et de ce qui anime nos comportements tout comme nos systèmes économiques, sociaux et politiques. En premier lieu, il apparaît que l'individu — aussi souverain qu'incertain — a pris une place sans précédent dans nos façons de penser le monde et nos existences. Parmi les innombrables lectures de ce phénomène capital, il faut lire l'excellente synthèse qu'ont écrit les auteurs du dernier rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues en Suisse (CFLD, 2005), rapport qui professe clairement un passage de la politique suisse à l'addictologie.

18 Ces auteurs montrent que nous sommes passés d'une société soudée autour du devoir envers la collectivité, à une autre qui met au centre le devoir de se réaliser soi-même. Nul ne peut en effet nier « la montée des valeurs qui favorisent le droit à réaliser les besoins de l'expérience de soi » comme l'a écrit Helmut Klages (1983). Cette société nous permet, et nous enjoint même, d'être « le constructeur flexible de sa propre vie », le plasticien de son existence, du vécu des événements rencontrés et de ses émotions. Ce faisant, en passant de valeurs comme « une vie de famille heureuse » à celles de « l'épanouissement de l'individualité », des tensions nouvelles apparaissent entre l'individu et l'éthique sociale, les libertés nouvelles créent des incertitudes nouvelles. Nous sommes entrés dans « la société du vécu » comme l'a développé un autre auteur germanophone, Gerhard Schulze (1993). Pris dans de tels mouvements de l'histoire, nous manquons de certitudes et nos croyances sont éphémères, aussi sommes-nous en recherche de nouveaux liens, de nouvelles formes d'unité, de maîtrise face à l'immense diversification et puissance de nos moyens pour modifier, modeler notre vécu, notre expérience.

19 Le « risque psychotrope » est une illustration du risque de la modernité : celle-ci ne fait qu'accroître l'accessibilité rapide et mondialisée à un nombre grandissant d'objets et de techniques dont les avantages et les inconvénients sont sans cesse plus prononcés... Ainsi, les psychotropes sont l'objet d'un conflit de valeur et d'une divergence profonde entre d'un côté la performance, la « flexibilité » et le risque et, de l'autre, le besoin de sécurité. Besoin de sécurité (d'attachement) et besoin de nouveauté (d'exploration) sont les deux principes moteurs de nos existences dès notre naissance. La société moderne porte leur contradiction à son paroxysme, nous obligeant à trouver de nouveaux équilibres, de nouvelles régulations... Voilà pourquoi nous sommes aujourd'hui à la recherche de *nouvelles régulations* pour vivre avec ces risques et avec ces substances, et pour en tirer le meilleur parti. Face à ces substances et à cette nécessité d'inventer de nouvelles régulations pour limiter les risques d'échec, voire de débordements, face à tous ces enjeux et toutes ces transformations déjà à l'œuvre, une morale sociale manichéenne et salvatrice comme celle qui alimente la « guerre à la drogue » apparaît totalement dérisoire et vaine.

20 Toutes ces évolutions que nous venons d'évoquer se repèrent aussi dans ce que les usagers nous montrent et dans l'évolution de nos dispositifs institutionnels jusqu'ici cloisonnés. Nous assistons ou nous participons à la chute, nécessaire, des frontières et des catégories, y compris entre les différentes théories : sociales, psychodynamiques, de santé publique, neurobiologiques, légales, économiques, etc. Cela crée automatiquement, on peut le comprendre, des réflexes de crispation et des réactions de défense. L'addictologie traduit une représentation que l'homme « post-moderne » se fait de lui-même et de son monde. Ce n'est donc pas une vérité universelle définitive. Elle est une construction et un produit de la pression sociale (ou plutôt socio-anthropologique) qui s'exerce sur le sujet moderne. Parmi ces

pressions du social, celle qui concerne l'idéal d'indépendance individuelle joue probablement un rôle puissant dans l'avènement de la notion d'addiction : plus il y a une valorisation du sujet autonome et sans dépendance, plus celui-ci recherche des substituts de liens sociaux et plus on « pathologise » toutes les formes de dépendance. Cela ne retire rien à la réalité de ses souffrances. Mais cela démonte à l'avance toute vision réductrice, en particulier biomédicale, de cette réalité. Mais l'addiction, cette construction, recouvre quoi au juste ? Peut-on en délimiter le champ ?

Quelle définition pour l'addiction ?

- 21 Excepté un article de référence d'Anton Goodman (1990) qui a proposé un certain nombre de critères, il n'y a pas de définition fixée par « la communauté scientifique internationale ». C'est plutôt un avantage : nous pouvons encore en débattre et tenter d'apporter un certain nombre de points de vue et de contributions, avant que le « scientifiquement correct » ne close la question. La délimitation française du champ des addictions a été proposée dans le premier rapport sur cette question en 2000 (Reynaud, Parquet, Lagrue, 2000) : elle inclut abus et dépendance et pose la frontière à partir du moment où commencent les dommages associés à une certaine difficulté du sujet à modifier son comportement bien qu'il ait conscience de ces dommages. La notion d'addiction n'est donc pas totalement synonyme de dépendance. D'ailleurs la dépendance est une notion qui est appelée à « éclater » en plusieurs sous-ensembles distincts comme les découvertes les plus récentes de la neurobiologie commencent à l'indiquer. Il n'y a pas une, mais des dépendances. De plus, la dépendance est relative, elle n'est pas systématique, même avec les substances les plus addictives (comme le tabac ou l'héroïne) et elle n'est, dans sa partie biologique, qu'une partie du problème.
- 22 La notion d'addiction repose d'abord sur la prise en compte de l'individu et de son mode de relation avec l'objet addictif et elle s'attache aux comportements plus qu'aux produits. Cela est à peu près consensuel. Mais il faut ajouter qu'elle implique une conception globale (biopsychosociale) de ces conduites, y compris de la dépendance. C'est sans doute moins consensuel car cela suppose une dépossession au moins partielle de la médecine (comme des autres disciplines) de l'objet « addiction ». Par ailleurs, bien qu'il existe une continuité entre conduites « banales » et conduites problématiques, la définition de l'addiction se doit de donner des repères aussi clairs que possible entre le normal et le pathologique, et de proposer des indicateurs permettant de prédire le passage de l'un à l'autre. La question qui se pose aussitôt est de savoir si cette frontière doit définir des normes de comportement et quelle utilisation peuvent en faire la société et les individus.
- 23 Deux éléments essentiels de la définition sont donc à retenir :
- *Distinguer les consommations problématiques des usages de substances psychoactives* (ou, pour les addictions sans drogues, la distinction entre les comportements problématiques du simple recours à une source de plaisir). Nous pouvons considérer que l'addiction commence quand, pour le sujet, la souffrance supplante le plaisir. La mention « pour le sujet » est ici fondamentale car le diagnostic ne peut faire abstraction de la perception subjective de cette balance plaisir-souffrance. Des sujets peuvent en effet se sentir parfaitement heureux tout en présentant tous les signes de dépendance, mais juger cette dépendance comme s'inscrivant dans un mode de vie qui leur convient. Autrement dit, l'addiction constitue la perception et la représentation de l'échec de la recherche de satisfaction, recherche qui préside à toutes les consommations de substances. Et il ne peut y avoir de désignation de l'échec sans le sujet. Cela rend compte de la relativité du vocable de maladie rattaché à l'addiction : l'addiction est une maladie comme les autres si l'on prend en compte ses spécificités... En l'occurrence, la première des spécificités est qu'elle repose sur une démarche initiale de mieux être, que ce soit au titre des effets psycho-corporels agréables que procure le produit, au titre de l'apaisement de souffrances internes comme de tensions avec le monde extérieur, ou que ce soit au titre de la facilitation des relations sociales voire de l'intégration dans un groupe. Trois types de satisfactions recherchées constituent les bénéfices obtenus par le sujet, y compris, possiblement dans ce que l'on peut considérer, de l'extérieur, comme une toxicomanie destructrice. C'est la raison pour laquelle je milite avec quelques autres pour que, depuis

l'accueil jusqu'à l'accompagnement dans un traitement et en passant par le diagnostic, le sujet soit considéré comme le premier expert de son problème. C'est une invitation à définir toute démarche de changement avec les patients non seulement en connaissance des souffrances qu'ils vivent mais aussi de leur recherche de bien être et de bonheur, et en connaissance du mode de vie optimum qu'ils voudraient adopter.

- *Intégrer les deux versants de la conduite addictive.* L'addiction s'instaure lorsque le recours à une source de plaisir devient asservissant — c'est la perte de contrôle qui correspond à l'emballlement du système de récompense — mais aussi lorsqu'il devient envahissant, c'est-à-dire quand la répétition de la sensation autodéclenchée engage une modification permanente du rapport au monde. Une modification de soi dans son lien au monde qui n'arrive pas par hasard, mais qui permet à la fois de mieux répondre aux attentes du social et de s'en protéger. L'addiction (comme la dépendance) n'est donc pas seulement une perte de contrôle, c'est aussi un mode d'engagement dans la relation entre soi et le monde. Réduite à un « emballlement du système de plaisir », l'addiction n'est plus alors qu'un objet de techniques visant à corriger un dysfonctionnement cérébral et à rétablir la maîtrise du comportement. En revanche, si cette perte de contrôle est conçue dans sa dimension expérientielle et biopsychosociale, l'addiction est réintroduite dans une interface active entre l'individu, son histoire et le social. Elle prend sens, le sujet retrouve une responsabilité sur lui-même et le groupe social redevient aussi un acteur. C'est dire si cette définition de l'addiction est d'une importance capitale.

- 24 D'autres points restent controversés dans le domaine des addictions, notamment le degré de distinction à faire entre les addictions à des substances psychoactives et les addictions comportementales. S'il paraît aujourd'hui peu contestable que des addictions comportementales ont des similitudes étroites avec les dépendances aux drogues et que certaines (comme le jeu pathologique ou l'anorexie-boulimie) ont des conséquences individuelles et sanitaires particulièrement graves, il semble néanmoins difficile d'assimiler totalement ce que produit un comportement compulsif comme ceux que nous venons de citer à l'effet renforçant de certaines substances sur le cerveau et à leur effet direct sur les perceptions. Cela nous amène à délimiter plus clairement, après le concept d'addiction, le champ de ce que l'on nomme aujourd'hui l'addictologie.

Quelle définition pour l'addictologie ?

- 25 Une première définition a été proposée dans le *Dictionnaire des drogues et des dépendances* (Richard, Senon et Valleur, 2004). Nous pouvons la résumer ainsi : l'addictologie est un champ d'investigation multidisciplinaire centré sur les conduites humaines d'autostimulation de sources de plaisir qui peuvent déterminer de véritables aliénations (perte de liberté de ne plus y recourir) et des modifications du rapport entre le sujet et le monde. Ainsi posée, l'addictologie ne peut en aucune façon être réduite ni à la clinique des addictions, ni à la médecine des addictions.
- 26 Comme pour l'addiction, cette définition est capitale, non seulement pour contrecarrer la surmédicalisation, mais également pour faire place aux fondements les plus essentiels tant de l'alcoologie que de l'intervention en toxicomanie. L'un de ces fondements, comme nous l'avons développé dans un article collectif lors de la création de la Fédération française d'addictologie (Morel, Favre et Rigaud, 2001), est l'adoption par les deux secteurs d'un *modèle bio-psycho-social*. C'est un modèle *écologique*, multivarié, qui repose sur le triptyque des interactions individu-produit-société. Dans ce modèle, l'éclairage médical dirige le projecteur plus spécialement sur les interférences entre produit et individu, mais la médecine n'a pas les outils pour théoriser et comprendre l'ensemble du système bio-psycho-social en jeu dans ces conduites. Pas plus que ne les a eus l'approche psychodynamique dominante dans les années 1980. Dans le modèle biopsychosocial, la loi et le statut légal de la substance ne sont qu'une variable très relative parmi d'autres alors que le lien culturel (ou parfois contre-culturel) entre la substance (ou le comportement de plaisir) et les valeurs sociales d'une société ou d'un groupe constitue l'un des déterminants clé du système. Comme l'a écrit Anne Coppel (2004), l'addictologie rend possible un travail de mise en coexistence et de co-influence entre les différentes théories explicatives de la dépendance. C'est l'un de ses intérêts, et pas

des moindres. Mais, au-delà des débats théoriques, quels sont les retentissements concrets et stratégiques que peut avoir cette approche addictologique ? Ils sont majeurs sur au moins trois plans : la prévention, la clinique et la thérapeutique, la définition d'une politique et d'une législation cohérente vis-à-vis des drogues.

Les implications pour la prévention

- 27 L'enjeu de la prévention aujourd'hui est l'inscription, dans la culture, du risque de la modernité, dont le « risque psychotrope » est une des manifestations, nous l'avons vu. Cette appropriation du risque par la société dépendra de sa capacité à aider chacun à trouver réponse à la question : Jusqu'où puis-je aller ? *How much is too much*, pour reprendre le titre d'un ouvrage du psychologue américain Stanton Peele (1981) qui a ouvert une grande part de ces réflexions il y a une trentaine d'années. En relativisant l'importance du produit (ses effets propres et son statut légal), il devient en effet possible de se libérer de la censure sociale qui interdit de parler des avantages que l'on peut en tirer, et de prendre en compte à la fois les bénéfiques et les dangers que comportent les usages de toute substance modificatrice de soi. Pour intégrer le risque de la modernité dans la culture de cette même modernité, il s'agit de doter les individus et les populations de la capacité de faire des choix optimum en matière de prise de risques, à l'interface des contraintes sociales et de l'autonomie individuelle. Pour y parvenir, cela suppose de connaître les paramètres (tous les paramètres) d'une prise de décision envers le risque, de donner toute sa place à la liberté de décider pour soi-même et de sortir de l'infantilisation de la population à laquelle on ne parle que des dangers. Extérioriser le danger, le mettre en exergue et édicter des normes de comportement est sans doute indispensable, mais cela n'est pas suffisant et ne peut être fait n'importe comment. En tout cas pas avec la croyance, par exemple, que seule la peur (la crainte du danger) est dissuasive. Et puis informer sur les dangers ne suffit pas, la preuve : cette stratégie utilisée depuis des décennies dans le monde entier n'a pas montré d'efficacité majeure. Une autre stratégie doit être développée, qui consiste à considérer les individus comme capables d'autonomie et d'exercer leur pouvoir sur eux-mêmes « en connaissance de cause ». Pour cela, il n'est nul besoin de majorer ou de minimiser les dangers : il s'agit de les expliquer. Mais il s'agit surtout de se préoccuper des attentes, des motivations et des choix qui conduisent tant d'êtres humains à prendre des risques, en particulier en consommant des SPA, même si cela transgresse des règles morales et constitue un risque pris pour soi.
- 28 Comment développer une telle stratégie en France ? Il s'agit de *prendre en compte le sujet* et l'accompagner dans son expérience subjective, notamment à l'adolescence et lors des premières expériences. C'est précisément ce que visent les consultations « jeunes consommateurs » et qui devrait se prolonger par des programmes d'intervention précoce beaucoup plus larges et méthodiques. Et de *rendre la culture préventive* en favorisant la convergence des forces et des valeurs, aujourd'hui souvent contradictoires (par exemple santé et plaisirs, ou intérêts économiques et santé publique). Car ces valeurs jouent un rôle moteur dans les motivations des consommations de SPA avec les prises de risques qu'elles comportent et elles interviennent aussi, *a contrario*, dans les contraintes ou les dénis qui leur sont opposés. Le débat sur la question de la modération pour l'alcool est à ce titre très illustratif et très intéressant. Il faut enfin *reconnaître l'ubiquité des drogues*. C'est le fond du problème pourrions-nous dire, car toutes les drogues sont à la fois « poisons et remèdes » et ne voir que l'une des deux facettes rend inévitablement borgne... C'est pourquoi nous avons proposé un modèle pédagogique à deux cubes représentant les deux profils de toutes les SPA : le profil de dangerosité pharmacologique et le profil des satisfactions recherchées². Cette philosophie de la prévention, proche des travaux d'André Therrien (2000) et de la gestion expérientielle, peut ainsi être résumée : « Parce qu'il est unique en tant que lui-même et en tant qu'interagissant avec son environnement propre, l'individu est au centre de la définition ultime et optimale de sa qualité de vie ou de son bien être ». L'expérience de l'individu et les changements qu'il veut éventuellement opérer lui appartiennent. Cette donnée cardinale l'est pour la prévention comme pour les soins.

Les implications pour la clinique et la thérapeutique

- 29 L'addictologie permet d'élargir et d'affiner nos conceptions cliniques et thérapeutiques. Elle nous amène aussi à redéfinir profondément le rôle de l'intervenant et du soignant. D'abord parce qu'elle permet d'admettre et de comprendre qu'une grande partie des usagers, y compris ceux que l'on peut diagnostiquer comme dépendants, peuvent modifier eux-mêmes leur façon d'utiliser les substances, non pas forcément pour arrêter toute consommation, ni pour en obtenir un effet maximum (la *défonce*), mais pour en tirer un effet optimum, et sans le recours à des services professionnels. Cela n'est pas toujours possible c'est vrai, et cela ne se pose pas exactement de la même façon selon les substances et selon les individus, c'est vrai aussi, mais cela est tout de même possible et se vérifie, pourquoi ne pas le dire ? Quelques voix comme celles du professeur Klingemann commencent à souligner l'existence d'auto-régulations, de « sorties spontanées » ou d'auto-traitements des addictions (Klingemann *et al.*, 2001). Nous revenons à notre axiome : l'usager est le premier expert de lui-même et de son propre changement. Il en est aussi le premier acteur.
- 30 La conception « au-delà du produit » nous permet de comprendre aussi que l'addiction est l'aboutissement d'un processus de mise en échec de la recherche de mieux-être. Un processus qui dépend de certains mécanismes et de divers facteurs. Soigner signifie alors rendre les individus et la collectivité davantage maîtres de ces facteurs et de ces mécanismes. Cela, en anglais s'appelle l'*empowerment*, ce que l'on peut traduire par implication et capacité à agir. Nous ne sommes pas loin de la notion de responsabilisation et, si j'ose dire, de « citoyennisation » que nous considérons comme intrinsèque à la prévention et au traitement des addictions.
- 31 Tout cela a un certain nombre de conséquences qui commencent à être perceptibles dans les pratiques d'accueil et de prise en charge ainsi que dans les principes qui les guident. (1) *L'abstinence n'est pas une finalité obligatoire*. En effet, les modes de sorties se diversifient et se relativisent. Les résultats de la politique de réduction des risques nous ont appris qu'il était souvent plus intéressant et accessible pour les individus d'aider au changement plutôt qu'à l'arrêt. Cela se justifie d'autant plus que nous intervenons précocement dans le parcours de l'usager et que nous travaillons sur sa capacité à faire des choix (mais ce qui suppose que le choix soit éventuellement celui de continuer de consommer, et que le soignant puisse l'accepter). En clair, l'abstinence est une option, mais il en existe d'autres. (2) *La transdisciplinarité est une exigence permanente*. En effet, si nous adoptons un modèle « bio-psycho-social », celui-ci doit se traduire dans les pratiques de soins : chaque discipline a sa part et toutes doivent dialoguer, c'est ça la transdisciplinarité.
- 32 L'aide psychologique est alors un mode d'intervention capital et, dans ce domaine, il n'y a pas de contradiction entre une analyse historique de soi et l'apprentissage dans l'ici et maintenant de capacités à interagir différemment avec autrui et le monde. De nouveaux modèles de soins intégrant les deux versants (psychodynamique et cognitif pour faire bref) se développent peu à peu, sans se soucier des anathèmes des uns ou des autres. L'apport des techniques médico-pharmaceutiques est capital car il donne des outils de plus en plus diversifiés pour trouver des compromis permettant à des individus de modifier partiellement ou complètement leur mode de consommation, de retrouver du contrôle. Les thérapeutiques substitutives en sont un excellent exemple, et d'autres types de médicaments se profilent dont il faudra apprendre à se servir. L'intervention sociale est également capitale à la fois pour réduire les risques d'exclusion sociale et pour que puisse se construire une socialité satisfaisante. À ce titre, *l'utilisation du groupe*, comme espace d'interactions et de changements ou comme lieu et moyen d'entraide, prend un nouveau sens et devient une perspective prometteuse de nouvelles propositions d'aides et de soins. Nous avons à y travailler en tenant compte des expériences étrangères mais avec nos propres modèles culturels et professionnels. L'enjeu aujourd'hui est de pouvoir combiner et faire dialoguer au service du patient ces trois types d'intervention, ce qui suppose que le système de mise en interaction des acteurs soit considéré comme au moins aussi important que la qualité de chacune des interventions.

Conclusions

33 La médecine et les neurosciences disposent d'outils de plus en plus performants pour explorer et interférer dans certaines dimensions de la question, en gros celles des interactions individu-produit. Mais ce n'est qu'une part de la question et des interactions qui la déterminent. Pour autant, ce que nous voulons promouvoir n'est pas une lutte contre une discipline ou une institution, mais une approche transversale et transdisciplinaire. Dans cette voie, plusieurs enjeux majeurs sont à relever. Nous pouvons en citer quatre.

- (1) Le développement des droits des usagers, qui suppose que les usagers soient véritablement considérés comme des citoyens, et cela suppose une alliance forte avec eux, dans les soins, dans les institutions et dans le débat public, sans angélisme et sans méconnaître les différences de logique.
- (2) Le développement d'une prévention nouvelle qui prenne en compte la dimension heureuse (et pas seulement malheureuse) de la consommation de substances psychoactives. Une prévention qui ne s'obnubile pas que sur la question de la santé, mais qui s'ouvre sur le champ de la qualité de vie et sur la citoyenneté. Le centre de gravité du dispositif devra changer pour être du côté de la prévention secondaire et non plus de celui des soins les plus lourds.
- (3) La transdisciplinarité des soins, qui implique une nouvelle ingénierie des soins et une grande dynamique de dialogue et de pratique commune.
- (4) La recherche, l'expertise et la formation qui doivent être considérablement renforcées dans notre pays mais qui ne doivent pas échoir qu'aux seules neurosciences ni à la seule médecine, mais aussi aux sciences sociales et aux institutions qui portent réellement des pratiques pluridisciplinaires.

34 Ce sont là, au fond, quatre défis pour une addictologie humaine, sociale et politique qui exigent que soignants, chercheurs, et acteurs se rencontrent et élaborent ensemble de nouveaux regards, de nouveaux outils, de nouveaux espaces.

Bibliographie

CFLD, *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*, Genève, Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, <http://www.psychoaktiv.ch/> (2005)

COPPEL, A., « Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution aux opiacés en France, et comment notre pays se situe-t-il aujourd'hui dans ce domaine par rapport aux pays comparables ? », *Alcoologie et Addictologie* 26 (4 suppl.) : 17S-26S (2004)

GOODMAN, A., « Addiction : definition and implications », *Br. J. Addiction*, 85, 1990, pp. 1403-1408

JACQUES, J-P., *Pour en finir avec les toxicomanies*, Bruxelles : De Boeck Université, 1999.

KLAGES, H., « Wertewandel und Gesellschaftskrise in den sozialstaatlichen Demokratien », in, Matthes J., *Krise der Arbeitsgesellschaft?* Frankfurt : Campus Verlag, 1983.

KLINGEMANN H., SOBELL L., BARKER J., *Promoting Self-Change from Problem Substance Use : Pratical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Norwell : Kluwer Academic Publishers, 2001.

MILDT, *Rapport Rascas : Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions* Paris : MILDT 2001.

MOREL, A., « Les intervenants en toxicomanie et la loi de 70 : la fin du compromis historique », *Psychotropes*, 3 (4), 1997, pp. 81-91.

MOREL A., Boulanger M., Hervé F., Tonnelet G., *Prévenir les toxicomanies*, Paris : Dunod, 2000.

MOREL A., FAVRE J-D., RIGAUD A., « Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités », *Alcoologie et Addictologie* 23 (3), 2001, pp. 393-403.

NOMINÉ, P., « De quoi s'occupent les psychologues ? », Communication présentée à la 8^e Journée des psychologues de l'AP-HP, Paris, 16 septembre 2004.

PEELE, S., *How much is too much: Healthy habits or destructive addictions*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1981.

REYNAUD, M., PARQUET J-P., LAGRUE, G., *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris : Odile Jacob, 2000.

RICHARD, D., SENON, J-L., VALLEUR, M. (Ss la dir. de), *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris : Larousse/Sejer, 2004.

SCHULZE, G., *Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, Hamburg : Campus Verlag, 1993.

THERRIEN, A., *Quand le plaisir fait souffrir*, Ville St-Laurent, Canada : Édition du Trécaré, 2000.

Notes

1 Témoignage extrait du film *Tiim* réalisé en 2003 par Cinomade et Pharmaciens sans frontières, disponible en cassette VHS.

2 *Drogues et toxicomanies*, film VHS et en DVD réalisé par l'ACET en collaboration avec le Trait d'Union.

Pour citer cet article

Référence électronique

Alain Morel, « Drogues, plaisirs et politique », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008, consulté le 03 juillet 2015. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/983>

Référence papier

Alain Morel, « Drogues, plaisirs et politique », *Socio-anthropologie*, 21 | 2007, 3-22.

À propos de l'auteur

Alain Morel

Fédération française d'addictologie

Droits d'auteur

© Tous droits réservés
