► Le présent article retrace les principales étapes des pensées française et américaine sur la question des drogues entre la deuxième moitié du XIX^e siècle et la fin du XX^e. Il met en évidence le relatif parallélisme des préoccupations et des concepts jusque dans les années 1920-1930. Au-delà de cette date, la pensée américaine développe des modes de réflexion et d'action originaux sans réels équivalents dans la pensée française et les formes d'intervention que cette dernière privilégie. ◀

Addictions (6) **La construction des pensées française et américaine sur la question des drogues**

Du parallélisme des origines au tournant des années trente

Dominique Vuillaume

CERMES 3, centre de recherche
médecine, sciences, santé, santé
mentale, société, unité Inserm
988, UMR CNRS 8211, EHESS,
université Paris Descartes,
campus CNRS, 7, rue Guy Môquet,
94801 Villejuif Cedex, France.
dominique.vuillaume@inserm.fr

Jusqu'ici, peu de travaux ont été réalisés en France sur l'histoire des concepts et des paradigmes mobilisés au fil du temps par la communauté médicale et universitaire pour penser les phénomènes de dépendance à l'égard des produits psychotropes et esquisser des réponses, thérapeutiques ou d'une autre nature, dans ce domaine si particulier de l'activité clinique¹. Malgré leurs grandes qualités, les contributions anglophones sur le sujet apportent peu d'éléments permettant une comparaison avec la situation française². Or, l'analyse comparative du sujet révèle de façon très intéressante des dynamiques indéniablement convergentes dans un premier temps, puis irrésistiblement divergentes dans un second. Dans cette perspective, le présent article retrace les principales étapes de la formation des pensées française et américaine sur la question des drogues, du relatif parallélisme des origines au tournant pris par la pensée américaine durant la décennie allant de 1938 à 1948.

La révolution de l'analgésie par la morphine et ses effets inattendus (1840-1870)

Les premières années du XIX^e siècle sont marquées par les progrès rapides de la chimie organique. En 1806, le pharmacologue allemand Friedrich Wilhelm Sertürner isole un sel de cristallisation de l'opium qu'il baptise *morphium*, en référence aux propriétés analgésiques et hypnotiques de ce sel, beaucoup plus spectaculaires que celles de l'opium naturel [17]. Cette découverte serait restée sans conséquence immédiate sur les pratiques médicales si, parallèlement, un médecin anglais, Alexander Wood, n'avait inventé vers 1840 la seringue hypodermique permettant des injections sous-cutanées de molécules actives avec passage rapide dans la circulation sanguine. La conjonction de ces deux innovations va bouleverser les pratiques médicales. À l'Hôtel-Dieu – à l'époque l'un des hôpitaux les plus prestigieux de la capitale –, le docteur Louis Jules Béhier fait campagne auprès de ses collègues pour l'adoption des injections sous-cutanées de morphine [18, 19]. Les médecins découvrent avec enthousiasme les vertus analgésiques de la morphine injectée, à une époque où l'arsenal pharmacologique disponible pour lutter contre la douleur est quasiment inexistant et où se développe une nouvelle sensibilité médicale

Vignette © Inserm/Éric Dehaussse, Yasmina Saoudi/Vingt mille lieues sous les mers. Jules Verne - Musée Jules Verne - Ville de Nantes.

Cet article fait partie de la série « Addictions » dont la parution a débuté dans le n° 4, vol. 31, avril 2015 (www.medicinesciences.org).

¹ Voir les travaux maintenant anciens de l'historien Jean-Jacques Yvoret [1, 29] et de Jean Dugarin et Pierre Nominé [2].

² Voir Acker [3] ; Acker et Tracy [4] ; Berridge [5] ; Courtwright [6-8] ; Howard-Jones, 1947 [9] ; Korsmeyer [10] ; Musto [11, 12] ; Tracy [13] ; White [14, 15] ; White et Callahan [16].

à l'égard de la douleur [1]. L'un des premiers champs d'application est celui du soin aux blessés de guerre. Aux États-Unis, l'usage de morphine par les médecins militaires devient courant lors de la guerre de Sécession [7, 9, 15, 16]. En France, c'est le conflit de 1870 avec la Prusse qui popularise durablement ce nouveau moyen thérapeutique dans la chirurgie de guerre [2, 18]. Mais la morphine injectée combat aussi avec succès des douleurs moins spectaculaires mais beaucoup plus répandues dans la société. Ainsi, à partir des années 1850-1860, les médecins, tant en Europe qu'aux États-Unis, prennent l'habitude de prescrire des injections de morphine pour une palette très large de douleurs communes : douleurs digestives, céphalées récurrentes, règles douloureuses, douleurs dentaires, lombalgies, etc. L'efficacité spectaculaire du remède assure alors aux professions médicales un élargissement continu de la clientèle : ce sont les classes moyennes et supérieures de l'époque qui deviennent les premiers usagers réguliers de cette nouvelle et extraordinaire substance, sous l'égide de l'autorité médicale [1].

Or, la perception médicale de la morphine comme antalgique miraculeux à dispenser généreusement bascule au seuil des années 1870. L'alerte est générale : tant en France qu'en Allemagne ou aux États-Unis, les médecins de ville comme leurs homologues hospitaliers font le même constat : les injections répétées de morphine suscitent chez les patients une attirance déraisonnable pour cette drogue, qui subsiste bien après la disparition des douleurs qui motivaient la prescription initiale [52]. Les médecins et leurs familles sont d'ailleurs les premières victimes de ce phénomène clinique non anticipé. L'émergence du syndrome de dépendance au sein de la « bonne société » représente un double défi pour la communauté médicale. Défi conceptuel en premier lieu : il apparaît nécessaire de nommer et de caractériser au plus vite ce syndrome clinique inattendu afin de pouvoir définir un traitement efficace ; défi professionnel en second lieu, car cette épidémie de dépendance iatrogène à la morphine met directement en cause la compétence et la réputation du corps médical.

Émergence du concept de morphinomanie et recherche étiologique en Allemagne et en France (1875-1895)

Passée l'alerte initiale, en Europe continentale, ce sont les médecins allemands qui vont se montrer les plus actifs pour nommer et caractériser le nouveau syndrome. Dans une communication datée de 1875, le Dr Édouard Levinstein, qui dirige une maison de santé réputée à Berlin, propose le terme de *morphiumsucht* pour caractériser le nouveau syndrome qui combine intoxication chronique à la morphine et attirance irrésistible du patient pour la substance. L'auteur préfère ce néologisme à la notion de *morphinisme* déjà présente à l'époque (le concept de « morphinisme » décalquait, pour les opiacés, celui « d'alcoolisme », proposé en 1849 par le médecin suédois Magnus Huss). Il ne s'agit pas seulement de réunir les symptômes associés à l'intoxication par la morphine, mais de prendre en compte la dimension passionnelle de l'attirance pour cette drogue, grâce au terme *sucht* (folie passionnelle, manie, en français). La communication de Levinstein suscite un intérêt immédiat en France : elle est traduite en français dès 1878 et

morphinomanie est proposé comme équivalent de *morphiumsucht* [20, 21].

Ce sont les médecins français qui se montrent les plus entreprenants dans la recherche des origines du trouble. Les cliniciens constatent en effet qu'une fraction importante des patients entrent dans la morphinomanie de façon en quelque sorte accidentelle, « par la porte de la douleur » selon l'expression de l'aliéniste Benjamin Ball [22], c'est-à-dire à la suite d'un traitement antalgique par injections de morphine, trop longtemps prescrit. L'aliéniste Georges Pichon propose en 1889 le terme de *morphinisme médical* pour caractériser cette forme de *morphinomanie* que nous appellerions aujourd'hui iatrogène [23]. L'année suivante, l'aliéniste Ernest Chambard préfère parler de *morphinomanie d'origine thérapeutique* plutôt que de *morphinisme médical* [24]. Cette recherche n'obéit pas aux seules considérations scientifiques. Face à l'extension inquiétante du phénomène, il s'agit concrètement de faire la différence entre les « bons » morphinomanes, qui peuvent légitimement relever du soin, parce qu'ils sont victimes d'une imprudence de leur médecin, des morphinomanes « par vice » (l'expression est de Georges Pichon), qui, eux, portent l'entière responsabilité de leur état. Derrière cette volonté de définir le bon périmètre du soin, une autre préoccupation se profile : préserver la réputation du corps des médecins et des pharmaciens, face à un phénomène de nature à ternir durablement leur image dans la société et, en premier lieu, dans la bonne société.

La croyance en la toute-puissance pharmacologique de la morphine

La notion de *morphinomanie d'origine thérapeutique* va donner à celle de *morphinomanie* sa caractéristique la plus remarquable et la plus durable : la croyance partagée par l'ensemble de la communauté médicale – pharmaciens comme psychiatres – dans l'extrême potentiel addictif de la morphine et son rôle majeur dans la genèse de la dépendance. En effet, dans la *morphinomanie d'origine thérapeutique*, les médecins considèrent que c'est l'exposition passive à la substance qui induit, en quelques semaines, une relation de dépendance, sans qu'interviennent réellement le libre arbitre ou encore le tempérament du sujet. Autrement dit, c'est le produit, et lui seul, qui provoque le lien de dépendance, quel que soit le terrain (héréditaire ou non) du patient.

Cette prépondérance, attribuée aux propriétés pharmacologiques du toxique et à ses capacités d'action directe sur le comportement et le libre arbitre des

usagers, va fortement influencer la réflexion française sur les drogues jusqu'à une époque très récente. L'ascendant de ce paradigme, situant le danger presque exclusivement du côté des produits, sera considérable, non seulement dans la nosographie, mais aussi dans l'adoption des textes législatifs organisant la prohibition de l'usage non médical des stupéfiants. Le 12 juillet 1916, le Parlement français adopte une loi extrêmement répressive prohibant la production, la commercialisation, la distribution et l'usage en société de l'opium et de l'ensemble de ses dérivés. Les historiens du droit la considèrent comme une loi d'exception liberticide dont la loi de 1970 sera la digne héritière [25]. Un an auparavant, le même parlement avait voté l'interdiction définitive de l'absinthe. Ce paradigme sera également déterminant dans la conception et la mise en œuvre du soin aux morphinomanes et, plus tard, aux toxicomanes.

Sevrage et abstinence : les deux évidences du soin aux morphinomanes

Première conséquence

En situant le mécanisme de dépendance de la morphine au niveau du produit et de ses propriétés pharmacologiques, la pensée clinique des années 1880-1890 organise toute la réflexion sur le soin autour du sevrage. La guérison ne peut advenir qu'à travers la mise à distance du produit. Tous les ouvrages médicaux sur le *morphinisme* ou la *morphinomanie*, édités entre 1875 et les premières décennies du ^{xx}e siècle, consacrent de longs développements aux avantages et inconvénients des méthodes de sevrage disponibles alors, considérées comme l'alpha et l'oméga du soin aux toxicomanes. Le sevrage « brusque » (réputé être la méthode de référence en Allemagne), où l'arrêt des injections de morphine est immédiat, est comparé avec la méthode lente (qui semble avoir la préférence des français) où les doses administrées sont progressivement diminuées jusqu'à cessation complète. Certains défendent une voie médiane appelée méthode semibrusque ou semirapide.

Deuxième conséquence

La prescription de l'abstinence (garantissant la mise à distance durable du produit), pendant près d'un siècle, sera considérée comme une évidence du « soin aux toxicomanes », sans débat possible. L'abstinence ira tellement de soi tout au long du ^{xx}e siècle qu'elle ne fera jamais, en France, l'objet de véritables débats entre spécialistes, et encore moins de remise en cause jusqu'au seuil des années 2000, avec l'adoption très tardive dans l'Hexagone des traitements de substitution aux opiacés. Ainsi, Claude Olievenstein, précurseur en France des psychothérapies d'inspiration psychanalytique pour les toxicomanes par opiacés au début des années 1970, pose l'abstinence comme un préalable incontournable à la cure du toxicomane [26]. De même, pour Pierre Fouquet, considéré comme le fondateur de l'alcoologie française contemporaine, pour le soin aux alcooliques [27]. Les spécialistes français de la toxicomanie comme les alcoologues resteront étrangers au débat américain passionné sur « l'abstinence » comparée à « la consommation contrôlée », débat qui divise les spécialistes outre-Atlantique entre les années 1960 et 1980 [28].

De la morphinomanie à la toxicomanie (1875-1909-1995)

Le nouveau concept de *morphinomanie* sert rapidement de matrice pour nommer des folies passionnelles pour d'autres drogues [29]. En 1885, Eugène Beluze soutient une thèse sur l'intoxication à l'éther, *De l'éthéromanie* [30]. En 1891, le Dr Benjamin Ball se penche sur les premières intoxications à la cocaïne résultant de son usage pour traiter des morphinomanes [31]. Il abandonne le terme alors en vigueur de *cocaïnisme* pour celui de *cocaïnomanie*. Un an auparavant, le Dr Raoul Régnier a émis l'hypothèse selon laquelle « la morphinomanie n'est qu'une modalité, qu'une expression d'une maladie plus générale, non encore décrite comme telle, et caractérisée par le besoin plus ou moins irrésistible d'un excitant artificiel » [32]. En 1909, un article « La Toxicomanie », publié dans la *Presse Médicale* par le Dr Louis Viel [33], s'ouvre ainsi : « Le mot toxicomane désigne d'une façon aussi commode qu'exacte, toute cette catégorie de gens qui, par habitude, s'intoxiquent avec des produits divers, dans le but de se procurer des sensations agréables dont la forme et l'intensité varient suivant la nature et la quantité du toxique employé. » Ainsi, le concept de *toxicomanie* prend-il la suite, par généralisation, de celui de *morphinomanie*, en héritant du paradigme qui situe l'essentiel des risques des drogues au sein des sociétés dans les « stupéfiants » considérés comme dangereux par eux-mêmes. Dans la pensée française, ce paradigme connaîtra une longévité exceptionnelle. Sa remise en cause tardive coïncidera avec la progression irrésistible, au seuil des années 1990, de l'épidémie de Sida chez les toxicomanes par voie intraveineuse, et la remise en cause, dans son sillage, de l'abstinence en tant qu'objectif premier et exclusif de la clinique des toxicomanies.

Parallélisme des premiers développements de la pensée américaine sur les drogues avec la pensée française (1850-1900)

La réflexion savante américaine sur la question des drogues s'ouvre, au seuil des années 1850 et 1860, dans un contexte assez proche de celui de la France et de l'Allemagne. La pratique américaine d'injections de morphine pour traiter toutes sortes de douleurs se répand tout aussi rapidement que dans l'Hexagone, à partir des années 1850-1860 [9, 12, 14]. La guerre de sécession contribue à banaliser l'utilisation de la morphine pour les blessés, à tel point que l'on parle ironiquement de la maladie des soldats (*the soldier's disease*) pour évoquer la dépendance aux opiacés chez les militaires

démobilisés [7]. Les traités médicaux américains des années 1880-1890 attirent l'attention des médecins sur les risques de dépendance aux opiacés, d'une façon très proche des traités français de l'époque. Cependant, les médecins américains manifestent une antériorité dans la réflexion sur l'alcool en tant que psychotrope, potentiellement dangereux à la fois pour les individus et la société [34]. C'est la dépendance vis-à-vis de l'alcool qui leur sert de matrice pour caractériser les autres dépendances, dont celle à la morphine.

Du début du XIX^e siècle aux années 1850, deux concepts structurent la réflexion américaine sur l'alcool : l'intempérance (*intemperance*) et l'ivrognerie (*drunkenness*). Durant cette période, l'accent est mis sur le comportement alcoolique et les passions excessives qu'il induit, le potentiel addictif du produit étant peu envisagé [35]. Mais, à partir des années 1850-1860, ces deux concepts déclinent dans la littérature scientifique au profit de la catégorie nouvelle d'*inebriety*³, au sens d'ivresse chronique. L'accent est davantage mis sur l'action propre de l'alcool, sur sa capacité à générer l'ivresse qui devient permanente dans l'alcoolisme chronique. Cette catégorie nouvelle oriente le trouble alcoolique dans le sens de la maladie : l'alcoolique est victime des sortilèges de l'alcool. En 1864, le Dr James Turner ouvre le premier asile pour *inebriates* à Binghampton, dans l'État de New York. D'autres asiles pour *inebriates* seront fondés les années suivantes et, vers la fin des années 1870, les grands hôpitaux ouvrent à leur tour des pavillons pour *inebriates*, à l'image de l'hôpital Bellevue de New York [13, 15]. En 1870, à l'initiative du Dr Joseph Parrish, l'*American association for the cure of inebriety* (AACI) voit le jour. Elle a pour mission de promouvoir l'idée que l'ébriété chronique relève du soin, et que sa cause première est la susceptibilité constitutionnelle aux effets hédoniques de l'alcool. En 1876, le Dr Crothers fonde le premier journal médical spécialisé dans les questions de dépendance à l'alcool et aux autres drogues et les modes de traitement, *The Journal of Inebriety*, qui paraîtra jusqu'en 1914.

Le concept d'*inebriety* caractérise différents syndromes de dépendance à des drogues, au-delà du seul trouble alcoolique. Entre 1877 et 1890, plusieurs ouvrages médicaux qui lui sont consacrés plaident pour la mise en œuvre de traitements communs pour l'alcool et les opiacés. En 1893, le Dr Crothers signe une synthèse intitulée : « *The disease of inebriety from alcohol, opium, and other narcotic drugs* »⁴ [36].

Certains auteurs anglo-américains iront d'ailleurs plus loin dans le rapprochement avec la pensée française, comme Norman Kerr⁵ qui publie en 1894 un traité intitulé : « *Inebriety or narcomania : Its etiology, pathology, treatment and jurisprudence* »⁶, dans lequel il désigne les formes les plus graves d'*inebriety* pour les opiacés comme « *narcomania* » (« folie pour les narcotiques ») qu'il définit comme un *craving* (envie, en français), c'est-à-dire un désir irréprensible pour le

soulagement temporaire procuré par diverses formes de narcotiques [37].

La montée en puissance des approches prohibitives de la question des drogues et l'effondrement des dispositifs inspirés par le concept d'*inebriety* (1900-1935)

Dans les premières années du XX^e siècle, le climat politique et intellectuel se transforme radicalement aux États-Unis. La conviction selon laquelle le danger des drogues ne peut être efficacement combattu que par des réglementations restrictives, voire par l'interdiction pure et simple des substances, progresse rapidement dans l'opinion et les milieux politiques. Le Congrès américain adopte en 1914 le *Harrison anti-narcotic act* qui réglemente très sévèrement l'usage des opiacés par le corps médical. En 1919, le 18^e amendement de la constitution des États-Unis établit la prohibition absolue de l'alcool (y compris les bières de faible degré alcoolique) pour les 50 États de l'Union (la Prohibition ne sera abolie au niveau fédéral qu'en 1933). Symétriquement, les soins médicaux aux *inebriates* sont de plus en plus contestés [13]. Beaucoup d'asiles spécialisés mettent la clé sous la porte entre 1900 et 1920. Les patients sont orientés vers des structures beaucoup plus répressives : colonies pénitenciaires pour *inebriates* (*inebriate penal colonies*), départements hospitaliers pour patients psychiatriques chroniques, fermes de détoxification (*jag-farms*). Parallèlement, l'édifice conceptuel et professionnel de la médecine des *inebriates* s'effondre [15, 16]. Le *Journal of Inebriety* cesse de paraître en 1914. L'*American association for the study and cure of inebriety* disparaît en 1920.

L'usage du concept d'*inebriety* tombe lui-même en désuétude. Les psychiatres et les psychologues qui se penchent sur le comportement alcoolique adoptent le terme générique d'*alcohol addiction*⁷ pour désigner une pathologie dont ils revendiquent à présent l'appartenance au champ des maladies mentales. Pour les autres drogues, l'expression de *narcotic addiction* devient usuelle dans la plupart des articles et traités publiés après 1910.

Les prémisses du tournant de la pensée américaine sur les drogues

Ces visions française et américaine, très proches du pouvoir de séduction des drogues, favorisaient une prise en charge de nature médicale centrée, en première

³ En français, état d'ébriété. Nous garderons dans le texte le terme anglais d'*inebriety* qui fait référence à l'ivresse chronique et non à l'ébriété.

⁴ « La maladie de l'ivresse induite par l'alcool, l'opium et les autres stupéfiants ».

⁵ Anglais d'origine, Norman Kerr découvre aux États-Unis le nouveau courant de l'*inebriety* et en devient l'un des plus fervents propagandistes dans son propre pays. Il fonde en 1884 la *society for the study and cure of inebriety* et en sera le premier président. Il prendra une part active dans la naissance du *British Journal of Inebriety*, réplique britannique du *Journal of Inebriety*.

⁶ « Ébriété ou narcomanie : son étiologie, sa pathologie, son traitement et sa jurisprudence ».

⁷ Addiction à l'alcool.

intention, sur les différentes techniques de sevrage avec, cependant, une différence importante : aux États-Unis, la notion d'*inebriety* a cristallisé la mise en place de structures de soins spécifiques pour les dépendances aux divers psychotropes ; en France, jusqu'à la loi de 1970, la toxicomanie a toujours été considérée comme une variante d'aliénation mentale à prendre en charge, en théorie, dans les hôpitaux psychiatriques, au côté des autres maladies mentales. Mais, dans les deux cas, les messages en direction des professions médicales se concentraient sur la nécessité de la prudence dans l'usage médical des opiacés, afin de prévenir les dépendances d'origine iatrogène.

Les effets pervers de la prohibition de l'alcool dans les années 1920 (développement du crime organisé, accidents de santé liés aux alcools de contrebande, disparition de l'usage de la bière au profit des alcools forts) ont joué un grand rôle dans la perte de crédit des solutions purement répressives. La combinaison de ces interrogations avec le recul des approches purement médicales des addictions a favorisé l'entrée en scène de nouvelles disciplines reformulant la question des drogues, à un moment clé de la structuration de la sociologie et de la psychosociologie américaines, avec l'essor de l'École de Chicago⁸. En 1937, un jeune sociologue issu de cette école, Alfred Lindesmith, entreprend un doctorat pour approfondir la notion de *narcotic addiction*. Ce travail pionnier va induire le tournant de la pensée américaine sur les drogues [38].

Les travaux d'Alfred Lindesmith, marqueurs du tournant américain (1937-1938)

Fidèle à l'attachement de la jeune école aux enquêtes qualitatives de terrain, Lindesmith a entrepris des entretiens approfondis auprès de 50 usagers réguliers d'opiacés. Il dégage de ces entretiens deux idées clés, partiellement « contre-intuitives » : la première est que l'addiction n'est pas réductible aux symptômes de manque qui caractérisent les périodes de sevrage (quand les usagers ne consomment pas d'opiacés du fait de difficultés d'approvisionnement). Pour Lindesmith, il manque un paramètre essentiel pour parler d'addiction : c'est le *craving*, c'est-à-dire la pulsion irrésistible poussant à continuer de s'intoxiquer. Pour Lindesmith, deuxième idée clé, le *craving* n'est pas la simple résultante biologique de l'exposition des individus aux propriétés pharmacologiques de l'héroïne. C'est le résultat d'un apprentissage à la fois cognitif et social, qui a lieu seulement chez certains consommateurs. En effet, tous les usagers d'opiacés interrogés ne donnent pas la même interprétation des symptômes désagréables qu'ils ressentent durant les périodes de sevrage. Certains ne parviennent pas à les relier au sevrage. Cette incapacité les protège, paradoxalement, du risque d'addiction. D'autres, au contraire, établissent cette liaison et ne tardent pas à interpréter leur expérience du sevrage comme un appel impérieux à reprendre du produit, voire à en intensifier l'usage, pour retrouver le plaisir connu au démarrage de la consommation. Pour Lindesmith, les premiers sont simplement « dépendants » mais dans l'ignorance paradoxale de ce statut, alors que les seconds sont réelle-

ment en situation « d'addiction ». Lindesmith développera ses conceptions et leurs implications théoriques et pratiques (en particulier juridiques et médicales) dans *Opiate Addiction* qui paraît en 1947, et sera republié en 1968 sous le titre *Addiction and Opiates* [39].

L'ouverture d'un nouvel espace de réflexion et de débats (1947-1990)

Les travaux de Lindesmith marquent l'irruption de la sociologie dans la pensée américaine sur les drogues. Ils ouvrent un nouvel espace de réflexion resté longtemps sans équivalent dans la pensée française. C'est à ce stade que se situe la disjonction entre les deux modes de pensée.

En plaçant le centre de gravité des processus addictifs au niveau du comportement des usagers et de mécanismes d'apprentissage à la fois cognitifs et sociaux, Lindesmith contribue à affranchir la pensée américaine des modes de raisonnement antérieurs, centrés sur les produits et sur leur séduction. À partir de Lindesmith, l'addiction aux drogues ne pourra plus être pensée seulement comme la résultante de leur attraction irrésistible pour des sujets vulnérables, mais sera aussi pensée comme une structure particulière de comportement, ayant sa propre rationalité, à explorer pour elle-même, afin de construire un savoir pertinent sur les drogues et sur la régulation de leurs usages. C'est au début des années 1960 que la sociologie de la déviance et la psychopathologie américaines se saisissent de ces voies nouvelles, y compris au sein de l'École de Chicago [40-44]. Il en sera de même pour la psychologie et la psychosociologie. Un bon exemple en sont les travaux de Stanton Peele, qui ont eu un certain retentissement outre-Atlantique dans les années 1970 et 1980. Ils discernent dans l'addiction « une expérience existentielle particulièrement gratifiante », qui finit par dévaloriser toutes les autres formes d'investissement personnel ou social offertes à la personne : celle-ci peut concerner les drogues (*drug addiction*), ou une personne (*love addiction*), ou encore une activité sociale particulière (*sex addiction, gambling*)⁹ [45-47].

À partir des années 1940 et 1950, et comme en écho aux travaux de Lindesmith, les médecins spécialistes vont rechercher l'origine de la maladie addictive du côté du comportement du patient, de ses caractéristiques individuelles et de sa vulnérabilité au *craving* (l'envie, la pulsion irrésistible), plutôt que du côté du couple qu'il forme avec son produit favori. Le concept de perte de contrôle sur la consommation (*loss of*

⁸ Courant de pensée sociologique apparu à l'université de Chicago au début du XX^e siècle.

⁹ Addiction au sexe, addiction aux jeux de hasard.

control) s'impose comme marqueur de l'entrée dans la « maladie addictive ». Ainsi, en réponse aux approches sociales ou psychopathologiques du trouble alcoolique alors dominantes, Elvin Morton Jellinek, le fondateur de l'alcoolologie américaine, élabore durant les années 1950-1960, postérieures à la Prohibition, une conception métabolique des formes graves d'addiction à l'alcool, mettant en exergue la perte de contrôle du comportement d'alcoolisation provoquée par la dépendance corporelle de l'alcoolique à l'éthanol [48]. Symétriquement, Vincent Dole et Marie Nyswander vont proposer, pour les opiacés, une conception métabolique de l'addiction à ces substances, en opposition aux approches sociologiques et psychopathologiques, également dominantes pour ce type de trouble. Ces deux auteurs ont été les initiateurs aux États-Unis des traitements de substitution aux opiacés mis en place dès les années 1960. En observant la réussite de ces traitements sur leurs patients, en termes de réinsertion sociale, ils en ont déduit que l'addiction aux opiacés trouvait sa source dans la dépendance corporelle des usagers à l'héroïne, et non dans une personnalité prétendument vulnérable à l'addiction. Ainsi, en insistant sur les bases biologiques des addictions, les travaux de Jellinek, Dole et Nyswander représentent un effort de reconquête médicale des phénomènes addictifs, à un moment où les approches sociologiques et psychopathologiques envahissent le champ intellectuel américain, dans le sillage des travaux de Lindesmith [49].

Conclusion : la permanence du paradigme toxicomaniaque dans la pensée française et son éloignement croissant des problématiques américaines (1909-1990)

Par comparaison avec le renouvellement de la pensée américaine, la pensée française semble douée d'une stabilité tout à fait étonnante, à commencer par son attachement au paradigme de la toxicomanie. Le tournant répressif des premières décennies du xx^e siècle qui avait provoqué, aux États-Unis, l'effondrement de la problématique de l'*inebriety* et la disparition des structures de soin inspirées par elle, n'a pas perturbé la conception française de la *toxicomanie*. Celle-ci perdura jusqu'au milieu des années 1990, quand l'irruption de l'épidémie de Sida parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse imposa, dans l'urgence, des révisions conceptuelles déchirantes [50].

La longévité du paradigme français et son éloignement des problématiques américaines jusqu'au seuil du siècle présent nous renvoient à l'investissement tardif des sciences sociales hexagonales, en commençant par la sociologie, dans un champ intellectuel presque exclusivement dominé durant la majeure partie du XX^e siècle par des travaux de nature psychiatrique ou pharmacologique. Dans l'état des lieux réalisé en 1992, par un collectif de chercheurs sous la direction d'Alain Ehrenberg, à partir d'une action incitative de la DGLDT (délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie¹⁰) [51], les auteurs relèvent que les toutes premières études françaises de terrain sur les usagers de drogues, faisant appel à des méthodologies

qualitatives inspirées de la sociologie américaine, datent des années 1985-1987, soit près de 50 ans après les travaux pionniers de Lindesmith et plus de 20 ans après le tir groupé des recherches anthropologiques de l'École de Chicago dans les années 1960-1970... C'est, à nos yeux, l'une des expressions les plus emblématiques, *a posteriori*, de la disjonction durable entre pensée américaine et pensée française, au cœur du xx^e siècle. ♦

SUMMARY

What do we know of the construction of French and American thoughts on the issue of drugs ? From parallelism of beginnings until the turning point during the Thirties

This article traces the major milestones in the development of French and American thought on the issue of drugs and drug addiction, between the second half of the nineteenth century and the end of the twentieth century. The historical perspective highlights the relative parallelism of concerns and conceptualizations until the years 1920-1930. Beyond, a real turning point of American thought is observed, which will develop original ways of thinking and action. These original ways will have no equivalents in French thought. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Yvarel JJ. *Les Poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX^e siècle*. Paris : Quai Voltaire, 1992.
2. Dugarin J, Nomine P. Toxicomanie : historique et classifications. *Hist Econ Soc* 1988 ; 7 : 549-86.
3. Acker CJ. Take as directed: the dilemmas of regulating analgesics and other psychoactive drugs. In : Melddrum ML, ed. *Opioids and pain relief: a historical perspective*. Seattle : IASP Press, 2003.
4. Acker CJ, Tracy SW (eds). *Altering American consciousness: the history of alcohol and drug use in the United States, 1800-2000*. Amherst : University of Massachusetts Press, 2004.
5. Berridge V. *Opium and the people: opiate use and drug control policy in nineteenth-century and early twentieth century England*. Free Association Books, 1999.
6. Courtwright DT. *Dark paradise: opiate addiction in America before 1940*. Cambridge : Harvard University Press, 1972.
7. Courtwright DT. Opiate addiction as a consequence of the Civil war. *Civil War History* 1978 ; 24 : 101-11.
8. Courtwright DT. The hidden epidemic: opiate addiction and cocaine use in the South: 1860-1920. *J South Hist* 1983 ; 49 : 57-72.
9. Howard-Jones N. A critical study of the origins and early development of hypodermic medication. *J Hist Med* 1947 ; Spring : 201-49.
10. Korsmeyer P. *One hundred years of heroin*. Communication au symposium organisé par l'Université de Yale à New-Haven, 18-20 septembre 1998.
11. Musto DF. Iatrogenic addiction: the problem, its definition and history. In : *Proceedings of the Conference on Developing guidelines for the use of sedatives and analgesics in the hospital*. Committee on Public Health of the New York Academy of Medicine, October 26, 1984.
12. Musto DF. Opium, cocaine and marijuana in American history. *Sci Am* 1991 ; 265 : 20-7.
13. Tracy SW. *Alcoholism in America: from reconstruction to prohibition*. Baltimore, Maryland : John Hopkins University Press, 2005 : 384 p.

¹⁰ Cette structure deviendra en 1996 la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

RÉFÉRENCES

14. White WL. Trick or treat? A century of American responses to heroin addiction. In : Musto D, ed. *One hundred years of heroin*. Westport, CT : Auburn House, 2002 : 131-48.
15. White WL. Addiction medicine in America : it's birth and early history (1750-1935) with a modern postscript. In : Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, eds. *Principles of addiction medicine*, 4th ed. Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins, 2009 : 327-34.
16. White WL, Callahan JF. Addiction medicine in America : it's birth and early history (1750-1935) with a modern postscript. In : Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, eds. *Principles of addiction medicine*, 5th ed. Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins, 2009 : 365-74.
17. Schmitz R. Friedrich Wilhelm Sertürner and the discovery of morphine. *Pharm Hist* 1985 ; 27 : 61-74.
18. Chast F. Les stupéfiants en France : la conscience du vice et de la vertu. *Acta Congressus Historiae Pharmacologiae* 2001.
19. Chast F. Les origines de la législation sur les stupéfiants en France. *Hist Sci Med* 2009 ; XLIII : 293-305.
20. Levinstein E. *Ueber Morphiumsucht*. Berlin : Med Gesell, 1875.
21. Levinstein E. *La morphinomanie : monographie basée sur des observations personnelles*. Paris : Masson, 1878.
22. Ball B, Jennings O. Considérations sur le traitement de la morphinomanie. *L'Encéphale (Journal des Maladies Mentales et Nerveuses)* 1887 ; 7 : 295-6.
23. Pichon G. *Le morphinisme, impulsions délictueuses, troubles physiques et mentaux des morphinomanes*. Paris : Octave Doin, 1889.
24. Chambard E. *Les morphinomanes, étude clinique, médico-légale et thérapeutique*. Paris : Rueff et Cie, 1890.
25. Charra I. Genèse et évolution de la législation relative aux stupéfiants sous la Troisième République. *Déviante et Société* 1998 ; 22 : 367-87.
26. Olievenstein C. *Écrits sur la toxicomanie*. Paris : Éditions Universitaires, 1973.
27. Fouquet P, Clavreul J. *Lettres aux alcooliques*. Paris : PUF, 1956.
28. Roizen R. The great controlled-drinking controversy. In : Galanter M, ed. *Recent developments in alcoholism*. New York : Plenum Press, 1987 : 245-79.
29. Yvarel JJ. Les mots pour le dire : naissance du concept de toxicomanie. *Psychotropes* 1992 ; 7 : 13-9.
30. Beluze E. *De l'éthéromanie*. Thèse, Paris, 1885.
31. Ball B. De la cocaïne-morphinomanie. *Ann Med Psychol (Paris)* 1891 ; 1-9.
32. Regnier R. *Essai critique sur l'intoxication à la morphine et ses diverses formes*. Thèse, Paris, 1890.
33. Viel L. La toxicomanie. *La Presse Médicale* 1909 ; 900-1.
34. Rush B. *An Inquiry into the effect of ardent spirits upon the human body and mind, with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them*. 1st ed., 1790. 8th revised ed. Brookfield : E. Merriam and Co, 1814.
35. Beecher L. *Six Sermons on the nature, occasions, signs, evils and remedy of intemperance*. 3th ed. Boston : T.R. Martin, 1828.
36. Crothers TD. *The disease of inebriety from alcohol, opium and other narcotic drugs*. New York : E.B. Treat Publisher, 1893.
37. Kerr N. *Inebriety or narcomania : its etiology, pathology, treatment and jurisprudence*. London : H.K. Lewis, 1894.
38. Lindesmith AR. A sociological theory of drug addiction. *Am J Sociol* 1938 ; 43 : 593-613.
39. Lindesmith AR. *Addiction and opiates*. New Brunswick : Transaction Publishers, 1968.
40. Becker HS. *Outsiders, studies in the sociology of deviance*. New York : The Free Press Edition, Simon and Schuster Inc, 1966.
41. Sutter A. The world of righteous dope friend. *Issues Criminol* 1966 ; 2 : 38-67.
42. Feldman HW. Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict. *J Health Soc Behav* 1968 ; 9 : 131-9.
43. Preble E, Casey JJ. Taking care of business: the heroin user's life on the streets. *Subst Use Misuse* 1969 ; 4 : 1-24.
44. Hanson B, Beschner G, Walter MJ (eds). *Life with heroin: voices of the inner city*. Lexington : Lexington Books, 1885.
45. Peele S, Brodsky A. *Love and addiction*. Oxford : Taplinger, 1975.
46. Peele S. *The meaning of addiction*. Lexington : Lexington Books, 1985.
47. Peele S. *Diseasing of America: addiction treatment out of control*. Lexington : Lexington Books, 1989.
48. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. New Haven, Yale Center of Alcohol Studies : Hillhouse Press, 1960.
49. Dole VP, Nyswander ME. Heroin addiction: a metabolic disease. *Arch Intern Med* 1967 ; 120 : 19-24.
50. Bergeron H. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Collection Sociologies. Paris : PUF, 1999.
51. Ehrenberg A (ed). *Penser la drogue, penser les drogues*, 3 tomes. Collection Sciences humaines. Paris : Éditions Descartes, 1992.
52. Bachmann C, Coppel A. *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*. Paris : Albin Michel, 1989.

TIRÉS À PART
D. Vuillaume

Bon de commande

À retourner à EDK, 109, avenue Aristide Briand - 92541 Montrouge Cedex
Tél. : 01 41 17 74 05 - Fax : 01 49 85 03 45 - E-mail : edk@edk.fr

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir l'ouvrage **L'imagerie dans la prise en charge des cancers des voies aérodigestives supérieures** : 35 € + 3 € de port = **38 € TTC**

en exemplaire, soit un total de €

☐ Par chèque, à l'ordre de **EDK**

☐ Par carte bancaire : ☐ Visa ☐ Eurocard/Mastercard

Carte n° |

Signature :

Date d'expiration : | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | | | |

Tarifs d'abonnement m/s - 2015

Abonnez-vous
à médecine/sciences

> Grâce à m/s, vivez en direct les progrès
des sciences biologiques et médicales

Bulletin d'abonnement
page 933 dans ce numéro de m/s