

DROGUES

Ce que nous interdisons, ce que nous vendons,
ce que nous soignons



Noosophie IA

sous la direction de Hieronymus Anonymus

ÉDITIONS NOOSOPHIE

Drogues

*Ce que nous interdisons, ce que nous vendons, ce que
nous soignons*

**Noosophie IA
sous la direction de Hieronymus Anonymus
Éditions Noosophie**

Informations éditoriales

Titre : Drogues

Sous-titre : Ce que nous interdisons, ce que nous vendons, ce que nous soignons

Auteur : Noosophie IA

Direction : Hieronymus Anonymus

Éditeur : Éditions Noosophie

Entité éditrice actuelle : Association Noosophie

Localisation publique : Roumagne, Lot-et-Garonne, France

Site : noosophie.fr

Édition : 1re édition

Date de publication : septembre 2026

Dépôt légal : septembre 2026

Format : PDF

ISBN : non attribué

Prix : Gratuit

Licence : CC BY-NC-ND 4.0

Titulaire des droits / concédant : Hieronymus Anonymus (pseudonyme public ; identité civile non publiée)

© Hieronymus Anonymus

Contact : contact@noosophie.fr

Cette édition est mise à disposition sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Elle peut être copiée et partagée sous sa forme inchangée, avec attribution, à des fins non commerciales. La diffusion d'une traduction, adaptation, version modifiée ou œuvre dérivée nécessite une autorisation préalable. Pour toute demande : contact@noosophie.fr.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Note sur la génération et la responsabilité éditoriale

Ce livre a été élaboré dans le cadre d'une collaboration entre Hieronymus Anonymus et Noosophe IA. Hieronymus Anonymus a initié le projet, fixé son objet et ses finalités, arbitré les orientations, relu, corrigé et validé le manuscrit final. Noosophe IA a contribué à la recherche documentaire, à la structuration, à la rédaction, à la comparaison des arguments, aux audits de cohérence et à l'édition. Le texte n'est donc ni une sortie brute d'un modèle ni un texte humain simplement corrigé par une IA : il résulte d'un processus itératif de génération, de critique, de vérification et de validation humaine. Les décisions de finalité, de validation et de publication demeurent humaines.

Sommaire

PARTIE I — Comment fabrique-t-on une « drogue » ?	5
Chapitre 1 — Qu'est-ce qu'une drogue ?	5
Chapitre 2 — Danger, risque et dommage	18
Chapitre 3 — Une histoire de l'interdit	30
Chapitre 4 — Une histoire de la légitimité	44
PARTIE II — De l'usage à l'addiction	56
Chapitre 5 — Pourquoi voulons-nous changer d'état ?	56
Chapitre 6 — Ce que les substances font réellement	67
Chapitre 7 — Quand l'usage devient addiction	81
Chapitre 8 — L'addiction sans drogue	94
PARTIE III — Qui produit le dommage et comment y répondre ?	108
Chapitre 9 — Les drogues que nous commercialisons	108
Chapitre 10 — Ce que l'interdiction fabrique	120
Chapitre 11 — Le prix de la guerre contre la drogue	129
Chapitre 12 — Punir, abandonner ou soigner ?	142
Chapitre 13 — Que se passe-t-il lorsqu'on réglemente autrement ?	155
Conclusion — Les dépendances que nous choisissons	170
Épilogue — Du marché des drogues au marché du désir	180

PARTIE I — Comment fabrique-t-on une « drogue » ?

Chapitre 1 — Qu'est-ce qu'une drogue ?

Demander « qu'est-ce qu'une drogue ? » semble appeler une définition simple. Pourtant, dès que l'on essaie de tracer une frontière stable, les catégories se brouillent. L'alcool est une boisson, mais son principe actif, l'éthanol, est une substance psychoactive et toxique pouvant entraîner une dépendance. La nicotine est généralement pensée à travers le tabac ou les produits nicotiniques, mais elle appartient elle aussi au champ des substances psychoactives. La caféine est si ordinaire qu'on oublie souvent qu'elle agit sur le système nerveux et qu'elle figure dans la Classification internationale des maladies parmi les substances pouvant être associées à des troubles liés à l'usage. À l'inverse, la morphine appartient sans ambiguïté à la famille des opioïdes, peut entraîner dépendance et surdosage, est soumise à un contrôle strict, mais elle est aussi un médicament essentiel pour traiter les douleurs modérées à sévères et pour les soins palliatifs.^{7,9-11}

Ces exemples ne démontrent pas que toutes ces substances se valent. Ils montrent exactement le contraire : elles diffèrent fortement par leurs mécanismes, leur toxicité, leur potentiel de dépendance, leurs usages et leurs effets sociaux. Ce qui devient instable n'est donc pas la réalité pharmacologique. C'est le mot unique par lequel nous essayons de la résumer.

Dans le langage courant, « drogue » désigne souvent une substance illicite ou moralement suspecte. Dans le langage

médical ou pharmacologique, le mot peut être beaucoup plus large. L'Organisation mondiale de la santé rappelle d'ailleurs que le terme drug a plusieurs usages : en médecine, il peut désigner une substance utilisée pour prévenir ou traiter une maladie ; en pharmacologie, un agent chimique qui modifie des processus physiologiques ; dans l'usage ordinaire, il tend souvent à se resserrer autour des substances psychoactives et, plus encore, des substances illicites. Ce glissement de sens est déjà une première source de dissonance.

Le problème n'est pas seulement linguistique. Une catégorie sociale finit par orienter ce que nous remarquons. Si l'on réserve spontanément le mot « drogue » à l'héroïne, à la cocaïne ou au cannabis, on risque de ne plus voir l'alcool, la nicotine ou certains médicaments dans le même champ d'analyse. À l'inverse, si l'on appelle « drogue » toute substance qui modifie le corps ou l'esprit, la catégorie devient si vaste qu'elle cesse d'aider à distinguer les risques et les usages. Le premier travail de ce livre consiste donc à ne pas demander qu'un seul mot accomplisse six tâches différentes.

La catégorie la plus neutre : les substances psychoactives

Pour parler de l'ensemble sans décider d'avance ce qui est légal, illégal, acceptable, dangereux ou addictif, la notion de substance psychoactive est plus utile. L'OMS définit comme psychoactive une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, affecte des processus mentaux tels que la perception, la conscience, la cognition, l'humeur ou les émotions. Elle présente cette expression comme l'un des termes les plus neutres pour réunir des substances licites et illicites d'intérêt pour les politiques sur les drogues.^{1,2,10}

Cette définition protège immédiatement contre une confusion fréquente : psychoactif ne signifie pas addictif. Une substance peut modifier l'état mental sans provoquer chez tous ses utilisateurs un trouble de dépendance. De même, la présence d'un effet psychoactif ne dit rien, à elle seule, de la gravité de la toxicité, du risque de surdosage, de la fréquence d'usage ou du statut juridique.

Elle permet surtout de replacer dans le même champ des produits que le langage quotidien sépare. L'OMS traite explicitement l'alcool et la nicotine comme des substances psychoactives. La CIM-11 distingue des troubles dus à l'usage de l'alcool, du cannabis, des opioïdes, de la cocaïne, de la caféine, de la nicotine, de médicaments psychoactifs et de nombreuses autres classes. Cette proximité classificatoire ne signifie pas égalité de danger : elle signifie seulement qu'ils appartiennent tous, sous un aspect pertinent, au domaine des substances agissant sur les processus mentaux.^{1,2,10}

Le mot « psychoactif » répond donc à une question limitée : la substance modifie-t-elle des processus mentaux ? Il ne répond pas aux questions suivantes : est-elle utile comme traitement ? est-elle toxique ? peut-elle provoquer une dépendance ? son usage est-il permis ? sa vente est-elle réglementée ? est-elle culturellement ordinaire ? Ces questions doivent rester séparées.

Stupéfiant et psychotrope : quand la loi construit une catégorie

Le terme « stupéfiant » semble, lui aussi, décrire une propriété de la substance. Pourtant, dans le droit contemporain, il fonctionne avant tout comme une catégorie juridique de contrôle. Les conventions internationales de 1961 et 1971

organisent des listes de substances soumises à différents régimes. La Convention de 1971 définit même une « substance psychotrope », pour les besoins du traité, comme une substance naturelle ou synthétique inscrite dans l'une de ses annexes. La définition est donc opératoire et juridique : l'inscription sur une liste produit des obligations de contrôle.⁴⁻⁶

L'Union européenne utilise elle aussi une définition institutionnelle de « drogue » qui renvoie notamment aux substances couvertes par les conventions internationales et aux nouvelles substances psychoactives entrant dans son champ d'action. Là encore, on ne décrit pas une famille chimique unique. On définit le périmètre d'une politique publique.⁴⁻⁶

La France rend ce caractère encore plus visible. Le Code de la santé publique range les substances stupéfiants et psychotropes parmi les substances vénéneuses et prévoit que les plantes, substances ou préparations concernées sont classées comme stupéfiants ou psychotropes par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. L'arrêté fixant la liste des stupéfiants procède ensuite par énumération de substances et préparations.⁴⁻⁶

Il faut mesurer la conséquence conceptuelle de cette architecture : « stupéfiant » ne signifie pas « substance qui possède telle propriété pharmacologique unique ». Des opioïdes, des cannabinoïdes, des stimulants et d'autres produits aux mécanismes très différents peuvent être placés sous contrôle. La catégorie sert à organiser le droit ; elle ne remplace pas la pharmacologie.

Cela ne signifie pas que le classement serait arbitraire ou sans rapport avec le risque. Les systèmes de contrôle prennent en compte, selon leurs procédures, les risques sanitaires, les usages thérapeutiques, le potentiel d'abus ou de dépendance et

d'autres données. Mais le résultat final reste une catégorie normative : elle détermine ce que l'on peut produire, prescrire, posséder, distribuer ou utiliser, et dans quelles conditions. Nous reviendrons plus tard sur la manière historique dont ces listes se sont constituées. Pour l'instant, il suffit de constater que le statut légal ne se lit pas directement dans la molécule.

Le médicament n'est pas l'opposé de la drogue

Une deuxième opposition paraît évidente : d'un côté les drogues, de l'autre les médicaments. Elle résiste mal à l'examen. Un médicament se définit d'abord par une fonction thérapeutique, un usage, une présentation et un cadre de prescription ou de mise sur le marché. Une même substance peut donc être pharmacologiquement puissante, soumise à contrôle et médicalement indispensable.^{7,8,11}

La morphine en fournit l'exemple le plus net. L'OMS la décrit comme un médicament efficace et relativement peu coûteux pour soulager les douleurs modérées à sévères. Elle figure sur la Liste modèle des médicaments essentiels depuis sa première édition de 1977. La liste de 2025 continue de l'inclure parmi les analgésiques opioïdes essentiels. Pourtant, la morphine appartient à la même grande famille pharmacologique que l'héroïne, le fentanyl ou d'autres opioïdes dont l'usage non médical peut entraîner dépendance, dépression respiratoire et surdosage.^{7,8,11}

Ce paradoxe apparent disparaît dès que l'on sépare les questions. La morphine ne devient pas chimiquement inoffensive parce qu'un médecin la prescrit. Son utilité thérapeutique vient précisément de ses propriétés pharmacologiques. La médecine cherche à employer ces propriétés dans une indication, une dose, une voie

d'administration et une surveillance où le bénéfice attendu justifie le risque. Le contrôle juridique cherche parallèlement à limiter les usages et détournements jugés dangereux.

Ainsi, une substance peut être simultanément un médicament, une substance psychoactive et une substance contrôlée. Les catégories ne s'excluent pas ; elles répondent à des questions différentes.

Cette distinction sera essentielle lorsque nous aborderons les opioïdes pharmaceutiques. Une politique qui assimilerait tout médicament contrôlé à une drogue sans utilité pourrait priver des patients de traitements nécessaires. Une politique qui confondrait autorisation médicale et innocuité pourrait, inversement, minimiser les risques de dépendance, de mésusage ou de surdosage. Le mot « médicament » ne constitue donc ni un brevet d'innocence ni une accusation.

Danger, toxicité, dépendance et addiction ne sont pas des synonymes

Une autre confusion consiste à faire du mot « drogue » un résumé du danger. Pourtant, plusieurs dimensions doivent être distinguées avant toute comparaison sérieuse.^{1,10,11}

- la psychoactivité : modification de processus mentaux ;
- la toxicité aiguë : possibilité de provoquer rapidement des lésions graves ou la mort à certaines doses ;
- la toxicité chronique : dommages associés à des expositions répétées ou prolongées ;
- le potentiel de dépendance ou d'addiction : probabilité et mécanismes par lesquels l'usage peut devenir difficile à contrôler ;
- les dommages aux tiers : accidents, violence, exposition prénatale, fumée, conséquences familiales ou professionnelles ;

- le contexte d'usage : dose, fréquence, voie d'administration, mélange avec d'autres produits, vulnérabilités individuelles et environnement social.

Ces dimensions peuvent se recouper, mais elles ne sont pas interchangeables. Une substance peut présenter une toxicité importante sans produire le même profil de dépendance qu'une autre. Une substance fortement addictive n'est pas nécessairement celle dont chaque prise est la plus toxique. Et un produit dont le risque individuel par usage est modéré peut produire un dommage collectif élevé s'il est consommé par une fraction très importante de la population.

La dépendance elle-même demande des précautions de vocabulaire. La CIM décrit la dépendance comme un trouble de régulation de l'usage dans lequel apparaissent notamment une forte impulsion à consommer, une difficulté à contrôler l'usage, une priorité croissante accordée à la substance et une persistance malgré les conséquences. Tolérance et sevrage peuvent être présents, mais ils ne résument pas à eux seuls le trouble.^{1,10,11}

Cette distinction devient décisive pour les médicaments. Un patient prenant certains traitements peut développer une adaptation physiologique et connaître des symptômes de sevrage lors d'un arrêt brutal sans que cela suffise, en soi, à démontrer une addiction au sens comportemental et clinique. Inversement, le chapitre consacré aux addictions comportementales montrera qu'une perte de contrôle peut se développer sans ingestion d'une substance.^{1,10,11}

Nous ne devons donc pas demander : « est-ce une drogue ? » comme si la réponse contenait déjà tout le reste. Nous devons poser séparément les questions que ce mot tend à compresser.

Alcool, nicotine, caféine : les substances que le langage quotidien masque

L'alcool est probablement le meilleur révélateur de cette dissonance. Dans la plupart des conversations, on oppose volontiers « alcool » et « drogue ». Pourtant, l'OMS décrit l'éthanol des boissons alcoolisées comme une substance psychoactive, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance. L'alcool possède donc exactement certaines propriétés que le langage quotidien associe spontanément aux drogues, tout en étant culturellement classé comme boisson.^{9,10}

Cette observation ne prouve pas que l'alcool devrait recevoir le même statut légal qu'une autre substance. Elle prouve seulement qu'une catégorie culturelle et une catégorie pharmacologique ne se confondent pas. La question de savoir pourquoi l'alcool bénéficie dans de nombreuses sociétés d'un régime particulier appartient à l'histoire, à l'économie, aux pratiques sociales et au droit ; elle ne peut pas être déduite de sa seule chimie.

La nicotine constitue un autre cas. Elle est associée à un ensemble de produits légaux mais fortement réglementés. L'usage du tabac est depuis longtemps traité séparément dans la vie quotidienne, alors que les classifications de santé reconnaissent sans ambiguïté les troubles liés à l'usage de nicotine. Là encore, le produit commercial sous lequel la substance est consommée influence la manière dont nous la nommons.^{9,10}

La caféine pousse encore plus loin cette dissociation. Café, thé et boissons caféinées appartiennent à la vie ordinaire de milliards de personnes. La CIM-11 prévoit pourtant des catégories de troubles dus à l'usage de caféine, dont le sevrage et

certains troubles induits. Cela ne transforme pas automatiquement la tasse de café en équivalent d'une injection d'héroïne. Cela montre pourquoi le simple fait qu'une substance soit psychoactive, puisse entraîner adaptation ou puisse faire l'objet d'un trouble ne suffit pas à établir une équivalence globale.^{9,10}

Ces trois exemples remplissent donc une fonction méthodologique : ils obligent à maintenir ouvertes plusieurs dimensions à la fois. Une substance peut être psychoactive sans être illégale ; légale sans être inoffensive ; médicament sans être sans risque ; contrôlée sans être dépourvue d'utilité ; répandue sans être pharmacologiquement neutre.

Six questions au lieu d'une seule étiquette

Pour éviter que le reste du livre ne repose sur des catégories implicites, nous utiliserons une grille de distinctions très simple. Pour chaque substance ou comportement étudié, il faudra demander successivement :

- Que fait-il ? Quels sont ses mécanismes et effets pharmacologiques ou comportementaux ?
- Quels dommages peut-il produire, à quelles doses, fréquences et dans quels contextes ?
- Quel est son potentiel de dépendance ou d'addiction, et chez quelle proportion ou quels groupes d'usagers ?
- Existe-t-il des usages médicaux, scientifiques, rituels, sociaux ou autres qui modifient l'évaluation ?
- Quel est son statut juridique réel : libre, réglementé, prescrit, contrôlé, dépénalisé, interdit ?
- Comment la société le nomme-t-elle et le perçoit-elle : médicament, boisson, vice, loisir, poison, stupéfiant, produit de consommation ?

Aucune de ces questions ne peut être remplacée par une autre. Connaître le statut légal ne permet pas de déduire la toxicité. Connaître la toxicité ne permet pas de déduire la meilleure politique. Connaître l'utilité médicale ne permet pas de nier le potentiel de dépendance. Connaître le potentiel addictif ne permet pas de conclure que tous les utilisateurs deviennent dépendants.

Cette méthode rend également inutile l'opposition simpliste entre « drogues dures » et « drogues douces » lorsqu'elle est employée comme si elle constituait une classification scientifique universelle. Il peut être utile, dans certains contextes, de parler de risque plus ou moins élevé. Mais ce risque doit être précisé : mortalité par surdosage, dépendance, toxicité chronique, accidents, dommages à autrui, fréquence d'usage, ou autre. Sans critère explicite, l'adjectif remplace l'analyse.

Le but n'est donc pas de supprimer le mot « drogue ». Il est trop installé dans l'histoire, le droit et le langage pour cela, et il reste utile lorsqu'on sait ce qu'on veut dire. Le but est de refuser qu'il fonctionne comme une conclusion automatique.

Une catégorie sociale qui agit sur le réel

Les mots ne se contentent pas de décrire. Lorsque nous classons une substance comme médicament, boisson, stupéfiant ou produit de consommation, cette classification ouvre ou ferme des institutions entières. Elle modifie les lieux où le produit peut être obtenu, les personnes autorisées à le distribuer, la qualité contrôlée ou non du produit, la fiscalité, les sanctions, les possibilités de recherche, la relation entre usager et médecin, et parfois la manière dont l'usager lui-même est considéré.

Cette observation ne signifie pas que les catégories juridiques ou médicales seraient de simples constructions sans rapport avec le réel. Elles répondent à des propriétés, des risques, des besoins thérapeutiques et des choix collectifs. Mais elles deviennent à leur tour des causes : une interdiction crée certaines conditions de marché ; une prescription en crée d'autres ; une vente commerciale en crée d'autres encore.

C'est pourquoi le livre devra constamment séparer deux niveaux. Le premier est la substance telle qu'elle agit : chimie, pharmacologie, toxicité, potentiel de dépendance. Le second est la substance telle qu'une société l'organise : autorisation, prescription, taxation, interdiction, stigmatisation, normalisation. Les deux niveaux interagissent, mais aucun ne doit être pris pour l'autre.

Nous pouvons maintenant revenir à la question initiale. Qu'est-ce qu'une drogue ? Il n'existe pas une réponse unique capable de satisfaire à la fois la pharmacologie, la médecine, le droit et le langage ordinaire. La réponse la plus rigoureuse consiste donc à commencer par préciser le sens employé.

Dans ce livre, nous utiliserons « substance psychoactive » lorsque nous parlerons de la catégorie descriptive générale des substances qui modifient des processus mentaux. Nous emploierons « médicament » pour désigner un produit ou une substance dans un usage thérapeutique reconnu. Nous réserverons « stupéfiant » et les autres termes de contrôle aux catégories juridiques correspondantes. Et nous conserverons « drogue » lorsque nous discuterons précisément de la catégorie sociale, historique ou politique que ce mot désigne.

Cette discipline du vocabulaire ne résout pas encore la question qui nous intéresse le plus. Elle la rend enfin posable.

Car une fois séparées les catégories, une anomalie apparaît avec beaucoup plus de netteté : si le mot « drogue » ne désigne pas simplement ce qui est psychoactif, dangereux ou addictif, alors sur quoi repose réellement la distinction entre ce qu'une société interdit, ce qu'elle prescrit et ce qu'elle vend librement ?

Pour répondre, il faut d'abord examiner le critère que nous invoquons le plus spontanément : le danger. C'est l'objet du chapitre suivant.

Notes et sources

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours - Terminology ». L'OMS définit les substances psychoactives comme des substances affectant les processus mentaux et précise que « psychoactif » n'implique pas nécessairement la production d'une dépendance.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>

[2] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Drugs (psychoactive) ». Présentation générale des substances psychoactives, des contrôles juridiques et des conventions internationales. <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS), Lexicon of alcohol and drug terms, 1994. Référence terminologique sur les usages du mot drug et sur les principales catégories. <https://www.who.int/publications/i/item/9241544686>

[4] Nations unies, conventions internationales relatives au contrôle des drogues : Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ; Convention de 1971 sur les substances psychotropes ; Convention de 1988 contre le trafic illicite. Texte consolidé UNODC :

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

[5] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Substance control ecosystem ». Présentation du mécanisme international de classement et du champ respectif des conventions. <https://www.who.int/groups/ecdd/about-us/substance-control-ecosystem>

[6] Code de la santé publique français, articles L5132-1 et L5132-7 ; arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants. Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025021407 et <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT0000000533085/>

[7] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Safe access to morphine ». La morphine est un médicament essentiel depuis la première Liste modèle de 1977 et demeure centrale pour le traitement des douleurs modérées à sévères et les soins palliatifs. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/controlled-substances/safe-access-to-morphine>

[8] Organisation mondiale de la santé (OMS), WHO Model List of Essential Medicines, 24e liste, 2025. La morphine figure parmi les analgésiques opioïdes essentiels. <https://www.who.int/publications/i/item/B09474>

[9] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Alcohol », 28 juin 2024. L'éthanol y est décrit comme une substance psychoactive, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

[10] Organisation mondiale de la santé (OMS), terminologie et CIM-11 : les catégories de troubles dus à l'usage incluent notamment alcool, caféine, nicotine, opioïdes et médicaments psychoactifs. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>

[11] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Opioid overdose », 29 août 2025. Les opioïdes comprennent notamment morphine, fentanyl et tramadol ; ils peuvent être utilisés médicalement tout en exposant à des risques de dépendance et de surdosage. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

Chapitre 2 — Danger, risque et dommage

Dire qu'une drogue est « dangereuse » semble aller de soi. Pourtant, cette affirmation ne devient réellement informative qu'au moment où l'on demande : dangereuse comment, pour qui, à quelle dose, à quelle fréquence, par quelle voie d'administration, dans quel contexte et par comparaison avec quoi ?^{1,2}

Une dose massive d'une substance peut provoquer une intoxication aiguë sans que l'usage ordinaire expose habituellement à ce scénario. Une substance peut être peu susceptible de tuer lors d'une prise isolée mais causer, lorsqu'elle est consommée pendant des années par des millions de personnes, une charge sanitaire immense. Une autre peut être consommée par une population beaucoup plus réduite tout en présentant, pour certains modes d'usage, un risque aigu de décès beaucoup plus élevé. Enfin, une partie des dommages peut toucher non pas l'utilisateur lui-même, mais ses proches, des victimes d'accidents, des enfants exposés pendant la grossesse ou des personnes soumises à la fumée secondaire.

Ces situations ne peuvent pas être ordonnées correctement par un mot unique. Elles exigent au moins trois distinctions : le danger, le risque et le dommage.

Dans les sciences du risque, le danger désigne la capacité intrinsèque d'une substance ou d'une situation à provoquer un effet nocif. Le risque ajoute les conditions d'exposition : quelle est la probabilité que ce danger produise effectivement un dommage, et avec quelle gravité ? Le dommage, enfin, est ce qui

est effectivement subi ou attribuable à l'exposition dans une personne ou une population.

Cette distinction est familière dans la réglementation des produits chimiques. L'Agence européenne des produits chimiques rappelle que la classification d'un danger repose sur les propriétés dangereuses d'une substance, indépendamment de la probabilité d'exposition. L'évaluation du risque, elle, doit intégrer l'exposition. Appliquée aux substances psychoactives, cette séparation change immédiatement la manière de comparer les produits.^{1,2}

Un danger n'est pas encore un risque

Une propriété pharmacologique peut être dangereuse sans produire le même niveau de risque dans toutes les situations. Les opioïdes peuvent provoquer une dépression respiratoire potentiellement mortelle. Cette propriété ne disparaît pas lorsque la morphine est utilisée à l'hôpital. Mais le risque concret dépend de la dose, de la tolérance de la personne, de l'association éventuelle avec d'autres dépresseurs, de la surveillance, de la pureté du produit, de la voie d'administration et de la possibilité d'intervenir rapidement en cas de surdosage.

^{1,2,5,6}

Le même raisonnement vaut pour beaucoup d'autres substances. Un stimulant peut augmenter la fréquence cardiaque et la pression artérielle ; un sédatif peut diminuer la vigilance ; l'alcool altère le jugement et la coordination ; certains hallucinogènes peuvent provoquer des expériences psychiques intenses. Ces propriétés deviennent des risques différents selon que l'exposition est faible ou élevée, occasionnelle ou répétée, isolée ou combinée à d'autres produits.

La dose est donc fondamentale, mais elle ne suffit pas. La vitesse à laquelle une substance atteint le cerveau peut modifier son effet subjectif et son potentiel de renforcement. Les travaux du National Institute on Drug Abuse soulignent l'importance de la dose et de la voie d'administration : inhaler ou injecter certaines substances peut produire une arrivée cérébrale plus rapide qu'une administration orale, modifiant l'intensité et la temporalité des effets.^{1,2,5,6}

La formulation du produit compte également. Deux préparations contenant la même molécule peuvent produire des profils d'exposition différents selon leur concentration, leur libération immédiate ou prolongée, leur voie d'administration et les excipients ou contaminants présents.

Le risque n'habite donc pas seulement la molécule. Il apparaît dans une relation entre une propriété dangereuse et des conditions d'exposition.

Toxicité aiguë, toxicité chronique et dépendance

La deuxième difficulté vient du fait que plusieurs formes de danger sont souvent comprimées dans le même jugement.

- la toxicité aiguë : ce qui peut arriver pendant ou peu après une prise, jusqu'au surdosage fatal ;
- la toxicité chronique : maladies ou lésions qui apparaissent après des expositions répétées ou prolongées ;
- la dépendance ou l'addiction : transformation de la relation au produit, avec perte de contrôle possible, priorité croissante et poursuite malgré les conséquences ;³⁻⁵
- l'altération fonctionnelle : accidents, incapacité temporaire à conduire, travailler ou prendre certaines décisions ;
- les interactions : augmentation du risque lorsque plusieurs substances ou médicaments sont consommés ensemble.

Une substance peut être très préoccupante sur une dimension et moins sur une autre. Les opioïdes illustrent particulièrement le danger aigu de dépression respiratoire et de surdosage. Le tabac illustre une autre configuration : une grande partie de sa charge sanitaire vient de maladies chroniques qui se développent après des années d'exposition, alors que la nicotine entretient fortement la dépendance.³⁻⁵

L'alcool combine plusieurs registres : toxicité aiguë, intoxication, accidents, dépendance et effets chroniques sur de nombreux organes. L'OMS le décrit comme causalement impliqué dans plus de deux cents maladies, traumatismes et autres états pathologiques, tout en soulignant que le volume total consommé et le mode de consommation déterminent une grande partie des dommages.³⁻⁵

Il serait donc trompeur de demander quelle substance est « la plus dangereuse » sans préciser le critère. Celle qui tue le plus facilement lors d'une prise ? Celle qui rend le plus souvent dépendant ? Celle qui augmente le plus le risque de cancer après trente ans ? Celle qui produit le plus d'accidents ? Celle qui occasionne le plus de dommages à autrui ? Ces questions peuvent recevoir des réponses différentes.

Le risque individuel n'est pas la charge collective

Une autre erreur consiste à comparer des nombres de morts comme s'ils indiquaient directement la dangerosité intrinsèque d'une substance.^{3-5,9}

L'OMS estime que le tabac tue aujourd'hui plus de sept millions de personnes par an, dont plus de 1,6 million de personnes exposées involontairement à la fumée secondaire. Elle attribuait environ 2,6 millions de décès à l'alcool en 2019. Pour la même année, l'OMS estimait environ 600 000 décès

attribuables à l'usage de drogues dans la catégorie qui exclut habituellement alcool et tabac, une grande majorité étant liée aux opioïdes.^{3-5,9}

Ces chiffres sont essentiels pour comprendre la charge de santé publique. Ils ne permettent pourtant pas de conclure qu'une cigarette est, prise isolément, plus dangereuse qu'une dose d'héroïne, ni que l'alcool serait intrinsèquement quatre fois plus dangereux que l'ensemble des autres drogues parce que le nombre de décès qui lui est attribué est plus élevé.

Pourquoi ? Parce que la charge collective dépend aussi du nombre de personnes exposées, de la fréquence d'exposition, de la durée des usages et du contexte social. Une substance très répandue peut produire un grand nombre de décès même si le risque de décès à chaque épisode d'usage est relativement faible. Une substance beaucoup moins utilisée peut présenter un risque aigu très élevé pour chacun de ses usagers et produire malgré tout moins de décès au niveau mondial.

Le dénominateur change donc la question. On peut mesurer des décès dans une population entière, des décès par nombre d'usagers, des décès par épisode d'usage, des années de vie perdues, des années vécues avec incapacité, ou encore des coûts sanitaires et sociaux. Ces indicateurs décrivent des réalités différentes.

Aucun chiffre unique ne suffit à lui seul.

Le dommage ne s'arrête pas à la personne qui consomme

Une politique des drogues ne peut pas non plus limiter son bilan aux effets sur l'utilisateur. Certaines substances produisent une part importante de leurs dommages à travers

des accidents, des violences, des expositions involontaires ou des conséquences familiales.^{3,4}

L'alcool fournit un exemple documenté. L'OMS estime qu'en 2019, sur environ 298 000 décès liés à des accidents de la route attribuables à l'alcool, environ 156 000 avaient été causés par la consommation d'alcool d'une autre personne. Elle documente également des relations avec les violences, les agressions, les noyades, les chutes et les conséquences de l'exposition pendant la grossesse.^{3,4}

Le tabac possède lui aussi une dimension de dommage à autrui : l'OMS attribue plus de 1,6 million de décès annuels à l'exposition involontaire à la fumée secondaire.^{3,4}

Ces exemples montrent pourquoi deux substances présentant un risque individuel comparable sur un critère peuvent avoir des impacts collectifs très différents. La manière dont un produit est consommé, les lieux où il est utilisé, sa fréquence, son acceptabilité sociale et ses effets sur le comportement modifient le cercle des personnes exposées.

Ils imposent également une prudence inverse : inclure les dommages à autrui dans une évaluation globale n'autorise pas à les attribuer automatiquement à la pharmacologie seule. Une partie de ces dommages dépend des environnements, des normes sociales, des dispositifs de sécurité et des politiques qui entourent l'usage.

Les personnes ne sont pas interchangeables

Un risque moyen ne décrit jamais parfaitement une personne particulière. L'âge, la masse corporelle, le sexe biologique, la grossesse, les maladies cardiovasculaires ou respiratoires, les troubles psychiatriques, la génétique, la tolérance acquise, les

médicaments concomitants et l'histoire d'usage peuvent modifier fortement la réponse à une même dose.^{5,6,10}

La tolérance illustre cette complexité. Une personne utilisant régulièrement un opioïde peut tolérer une dose qui exposerait une personne sans tolérance à un risque majeur. Mais cette tolérance peut diminuer après une période d'abstinence ; reprendre l'ancienne dose devient alors dangereux. La variabilité individuelle ne signifie donc pas que le risque soit subjectif. Elle signifie que l'exposition pertinente doit être décrite plus précisément.^{5,6,10}

Le contexte social compte également. La possibilité d'obtenir un produit de composition connue, d'appeler les secours, de disposer de naloxone pour un surdosage aux opioïdes, de ne pas consommer seul ou d'accéder à un traitement modifie la probabilité qu'un événement dangereux aboutisse à un décès.

Cette dimension deviendra centrale plus tard, lorsque nous distinguerons les dommages propres aux substances des dommages liés au marché clandestin et aux politiques de contrôle. Ici, elle sert seulement à rappeler qu'un danger pharmacologique n'engendre jamais ses conséquences dans le vide.

Comparer sans fabriquer un classement absolu

Puisque les dommages sont multiples, plusieurs équipes de recherche ont essayé de les réunir dans des évaluations multicritères. Ces méthodes constituent une avancée importante par rapport à un jugement intuitif : elles obligent à nommer les dimensions utilisées, par exemple mortalité, lésions physiques, dépendance, perte de relations, criminalité, coûts économiques ou dommages à autrui.^{7,8}

Mais elles introduisent une autre question : combien chaque dimension doit-elle compter ?

Une analyse multicritère récente menée au Canada, comme des travaux antérieurs au Royaume-Uni, en Europe, en Australie ou en Nouvelle-Zélande, demande à un panel d'experts de noter différentes substances sur plusieurs critères puis de pondérer l'importance relative de ces critères. Le résultat rend visibles des dimensions que les classifications juridiques traditionnelles peuvent masquer. Mais il combine nécessairement données empiriques et jugement expert.^{7,8}

C'est là une limite méthodologique, pas une raison de rejeter l'outil. Si l'on additionne mortalité individuelle, violence, coût économique et dommages familiaux, il faut décider comment ces dimensions deviennent comparables. Une pondération différente peut modifier le résultat final. La prévalence d'usage dans un pays influence aussi fortement les dommages collectifs. Une substance rare ne produira pas le même poids social qu'une substance omniprésente, même si son risque par usager est élevé.

Les critiques des échelles multicritères ont justement souligné le rôle des pondérations, du contexte national, de la distinction entre usage et mésusage, ainsi que la difficulté de séparer certains dommages sociaux des politiques qui entourent la substance.

La leçon pour ce livre est claire : un score global peut être utile comme synthèse, mais il ne doit jamais faire disparaître les critères qui le composent. Avant de dire qu'un produit est « plus dangereux » qu'un autre, il faudra demander : sur quel critère, à quelle échelle et avec quelle pondération ?

Ce que les chiffres mondiaux peuvent - et ne peuvent pas - nous dire

Les grandes statistiques mondiales sont indispensables, mais elles sont souvent utilisées hors de leur fonction.

Lorsque l'OMS attribue des millions de décès au tabac ou à l'alcool, elle décrit une charge populationnelle considérable et documente l'importance de ces facteurs de risque. Lorsque l'OMS estime des centaines de milliers de décès liés aux autres drogues, elle documente une autre charge majeure, fortement concentrée sur les opioïdes. Ces ensembles ne possèdent cependant pas toujours les mêmes définitions, les mêmes années de référence, les mêmes méthodes d'attribution ni les mêmes populations exposées.^{3-5,9}

Une comparaison rigoureuse doit donc éviter deux manipulations opposées. La première consiste à dire : « l'alcool tue davantage, donc telle drogue interdite est moins dangereuse ». La seconde consiste à dire : « cette substance peut tuer à faible dose, donc l'alcool est relativement bénin ». Les deux raisonnements prennent une dimension réelle et la transforment en verdict général.

Le premier confond charge collective et risque individuel. Le second confond danger aigu et ensemble des dommages.

Le but n'est pas de relativiser tous les dangers. Il est de décrire correctement ce qui est dangereux afin de pouvoir ensuite comparer les politiques qui prétendent réduire ces dommages.

Une grille minimale pour la suite

À partir de ce chapitre, toute comparaison de substances devra préciser au minimum :

- le type de dommage : aigu, chronique, addictif, fonctionnel, social ou pour autrui ;
- l'unité de comparaison : par prise, par usager, par année, par population ou par volume consommé ;
- l'exposition : dose, fréquence, durée, voie d'administration et associations avec d'autres substances ;
- la population concernée : âge, état de santé, grossesse, tolérance et autres vulnérabilités ;
- le contexte : composition connue ou non, surveillance, possibilité de secours, environnement social ;
- la distinction entre dommages pharmacologiques et dommages produits ou amplifiés par le régime de marché et de contrôle ;
- les valeurs et pondérations utilisées lorsqu'un score global est construit.

Cette grille empêche deux conclusions prématurées. D'abord, qu'une substance légale serait nécessairement moins dangereuse qu'une substance interdite. Ensuite, qu'un décalage entre classement juridique et certains indicateurs de dommage prouverait automatiquement qu'une substance devrait être légalisée ou interdite.

Une politique publique doit arbitrer entre plusieurs dommages, plusieurs libertés, plusieurs coûts et plusieurs effets secondaires. Le présent chapitre ne tranche pas cet arbitrage. Il prépare simplement une comparaison qui ne soit pas faussée par les mots.

Nous disposons maintenant de deux résultats. Le premier chapitre a montré que « drogue », « médicament », « psychoactif » et « stupéfiant » ne sont pas des synonymes. Le second montre que danger, risque et dommage ne le sont pas davantage.

Si le statut légal ne peut pas être lu directement dans la molécule, et si le danger lui-même possède plusieurs

dimensions, une nouvelle question devient inévitable : comment les sociétés ont-elles réellement construit leurs interdictions ?

C'est à cette histoire que nous allons maintenant nous confronter.

Notes et sources

[1] European Chemicals Agency (ECHA), « Classification of substances and mixtures ». La classification du danger repose sur les propriétés dangereuses et non sur la probabilité d'exposition. <https://echa.europa.eu/regulations/clp/classification>

[2] European Chemicals Agency (ECHA), documentation sur l'évaluation du risque : le risque associe la possibilité de dommage aux conditions d'exposition. <https://echa.europa.eu/exposure-assessment-and-risk-characterisation-recommendations>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Alcohol », 28 juin 2024. Données sur mortalité, maladies, traumatismes, dommages à autrui et rôle du volume et du mode de consommation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

[4] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Tobacco and nicotine », 26 juin 2026. Plus de 7 millions de décès annuels attribués au tabac, dont plus de 1,6 million chez des non-fumeurs exposés à la fumée secondaire. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

[5] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Opioid overdose », 29 août 2025. Environ 600 000 décès attribuables à l'usage de drogues en 2019, près de 80 % liés aux opioïdes ; description du mécanisme de dépression respiratoire. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

[6] Strang, J. et al., « Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences », *Drug and Alcohol Review*, 1998, 17(2), 197-211. La voie d'administration influence la vitesse d'apparition des effets, l'expérience du produit, le risque de dépendance et les dommages. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16203485/>

[7] Nutt, D. J. et al., travaux de 2010 sur l'analyse multicritère des dommages liés aux drogues, repris et discutés dans de nombreux travaux ultérieurs. Voir la revue méthodologique : Bonson, K. R. et al., « Toward an Improved Multi-Criteria Drug Harm Assessment Process and Evidence-Based Drug Policies », *Frontiers in Psychiatry*, 2018. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6109763/>

[8] Fischer, B. et al., « Drug harms in Canada: A multi-criteria decision analysis », 2026. Panel de 20 experts, 16 substances et 16 dimensions de dommage ; exemple

récent de méthode combinant données empiriques et jugement expert.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13222387/>

[9] Organisation mondiale de la santé (OMS), communiqué du 25 juin 2024 sur la charge mondiale liée à l'alcool et aux drogues. <https://www.who.int/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men>

[10] Turner, R. M. et al., « Clinical trial diversity: An opportunity for improved insight into the determinants of variability in drug response », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2022. Revue des facteurs intrinsèques et extrinsèques contribuant à la variabilité de réponse, notamment âge, sexe, composition corporelle, comorbidités, génétique et autres caractéristiques individuelles. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9306578/>

Chapitre 3 — Une histoire de l'interdit

Une molécule ne naît pas illégale. L'opium, la cocaïne, l'héroïne ou le cannabis ont circulé, à différentes époques, comme marchandises, médicaments, matières premières, remèdes domestiques, produits coloniaux ou objets de consommation avant d'entrer dans les régimes modernes d'interdiction. Leur passage vers le statut de « drogue illicite » n'a pas eu lieu au même moment, pour les mêmes raisons ni selon le même mécanisme.^{1,2,10}

Cette évidence historique ne signifie pas que les interdictions seraient arbitraires ou que les risques sanitaires auraient été inventés après coup. Les sociétés ont réellement rencontré des dépendances, des intoxications, des marchés prédateurs et des conséquences sociales graves. Mais elles ont interprété ces problèmes à travers des institutions, des intérêts et des représentations déjà existants. L'histoire de la prohibition est donc à la fois une histoire des substances et une histoire des sociétés qui les ont classées.

Le piège serait de remplacer un récit simpliste par un autre. Dire que les drogues ont été interdites « parce qu'elles sont dangereuses » efface l'histoire des choix politiques, des différences de traitement entre produits et des groupes sociaux auxquels ils furent associés. Dire, à l'inverse, que « tout vient du racisme » efface les préoccupations médicales, les crises réelles d'usage, les mouvements réformateurs, la diplomatie internationale et les transformations professionnelles de la médecine et de la pharmacie.

L'objectif de ce chapitre n'est donc pas de découvrir une cause secrète de la prohibition. Il est de comprendre comment plusieurs forces ont fini par se condenser en un système durable de contrôle international et national.

Avant la prohibition : médecine, commerce et empire

L'histoire moderne du contrôle des drogues commence difficilement sans l'opium. Bien avant les conventions internationales, l'opium était à la fois un médicament, une marchandise et une source de revenus publics. Au XIXe siècle, son commerce reliait directement médecine, impérialisme et finances d'État.^{1,4}

L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, dans son histoire des cent premières années du contrôle international, rappelle qu'avant la Commission de Shanghai de 1909 des gouvernements et des monopoles soutenus par les États participaient activement au commerce transfrontalier de l'opium. Le gouvernement de l'Inde britannique tirait encore une part importante de ses recettes du monopole de l'opium à la fin du XIXe siècle. La Chine, confrontée à des importations massives et à une consommation très répandue, avait tenté d'en limiter l'entrée avant d'être vaincue lors des guerres de l'opium et contrainte d'accepter une ouverture commerciale qu'elle combattait.^{1,4}

Cette histoire est essentielle parce qu'elle montre que la frontière entre trafic légitime et trafic criminel n'est pas naturelle. Pendant une période donnée, des flux d'opium pouvaient être protégés par des puissances impériales et contribuer aux recettes publiques ; quelques décennies plus

tard, l'organisation internationale allait chercher à restreindre précisément ce commerce.^{1,4}

Le déplacement ne vient pas d'une découverte soudaine selon laquelle l'opium aurait changé de nature pharmacologique. Ses effets étaient connus depuis longtemps. Ce qui change progressivement est la manière dont ses conséquences sanitaires, politiques et économiques sont interprétées, ainsi que la balance des forces entre États producteurs, puissances commerciales, pays consommateurs et mouvements réformateurs.

Il serait toutefois anachronique de décrire tout le commerce du XIXe siècle avec les catégories actuelles de « narcotrafic ». Les règles internationales qui donnent aujourd'hui à cette notion son sens n'existaient pas encore. C'est précisément leur construction qu'il faut expliquer.

1909-1912 : la naissance d'un contrôle international

En 1909, treize puissances se réunissent à Shanghai dans le cadre de la Commission internationale de l'opium. L'événement ne crée pas encore une convention juridiquement contraignante, mais il constitue un moment fondateur : pour la première fois, le problème de l'opium est traité comme une question exigeant une coordination internationale durable.^{1,2}

La Commission se concentre d'abord sur l'opium et sur la situation chinoise. Ses résolutions encouragent les États à réduire l'usage non médical, à contrôler la production et à coopérer. Elles préparent la Convention internationale de l'opium signée à La Haye en 1912, généralement considérée comme la première convention internationale de contrôle des drogues.^{1,2}

La Convention de La Haye vise principalement l'opium et ses dérivés, mais elle inclut également la morphine, l'héroïne et la cocaïne. Son principe n'est pas encore identique à la prohibition pénale contemporaine de l'usage individuel. Il cherche surtout à organiser la production, le commerce et la distribution de manière à réserver les substances concernées aux besoins considérés comme légitimes, notamment médicaux et scientifiques.^{1,2}

Après la Première Guerre mondiale, l'intégration de l'adhésion à la Convention de La Haye dans le traité de Versailles contribue à étendre largement son champ international. À partir de 1920, la Société des Nations reprend le dossier et développe de nouvelles conventions destinées à encadrer production, fabrication et commerce.

Un changement de logique s'est produit : le marché mondial de certaines substances n'est plus considéré comme un commerce ordinaire auquel chaque État peut appliquer librement ses propres règles. Il devient l'objet d'une architecture internationale de contrôle.

Cette architecture n'est pas encore celle de 1961, mais plusieurs principes sont déjà visibles : distinction entre usages légitimes et non médicaux, obligation croissante de déclarer et contrôler les flux, coopération entre États et création progressive d'institutions spécialisées.

Aux États-Unis, le produit ne suffit pas à expliquer la peur

L'histoire américaine est particulièrement utile parce qu'elle montre comment les propriétés d'une substance peuvent être socialement interprétées de manière très différente selon les populations qui lui sont associées.^{3,4,10}

À la fin du XIXe siècle, les opioïdes sont largement présents dans la médecine américaine et dans de nombreux remèdes brevetés. Une part importante des personnes dépendantes à la morphine appartient alors aux classes moyennes ou supérieures blanches, et les femmes utilisant des préparations médicales sont fortement représentées dans certaines descriptions historiques. Cette dépendance est souvent comprise à travers le langage de la maladie, de la prescription ou de la respectabilité.

Parallèlement, la consommation fumée d'opium est de plus en plus associée dans l'imaginaire public aux immigrants chinois de l'Ouest américain. San Francisco adopte en 1875 une ordonnance ciblant les fumeries d'opium. Au niveau fédéral, la Smoking Opium Exclusion Act de 1909 restreint l'importation d'opium préparé pour être fumé.^{3,4,10}

Des historiens de la médecine et des politiques des drogues ont montré que les représentations raciales jouent ici un rôle réel : l'opium fumé associé aux Chinois, la cocaïne associée dans certaines campagnes alarmistes aux Noirs du Sud, puis le cannabis associé notamment aux populations mexicaines sont décrits comme des menaces sociales d'une manière qui diffère de celle appliquée aux usages pharmaceutiques de populations blanches.

Mais cette dimension ne doit pas être transformée en explication totale. L'époque est également marquée par la montée de la médecine professionnelle, la réglementation des médicaments, les campagnes contre les préparations secrètes, la Pure Food and Drug Act de 1906, les mouvements de tempérance et une préoccupation croissante face à l'usage non contrôlé d'opiacés et de cocaïne.^{3,4,10}

Le Harrison Narcotics Tax Act de 1914 illustre cette superposition. Techniquement construit comme un dispositif

fiscal et réglementaire, il impose enregistrement et contrôle aux acteurs manipulant opiacés et cocaïne. Son application et la jurisprudence qui suivent contribuent cependant à réduire fortement la possibilité pour des médecins d'entretenir une dépendance hors de cadres thérapeutiques reconnus, faisant progressivement basculer une partie du problème vers la justice pénale.

Ce qui apparaît alors n'est pas simplement « la science décide ». Les catégories médicales, morales, professionnelles, raciales et policières se recomposent ensemble.

Héroïne et cocaïne : du médicament au produit contrôlé

La trajectoire de l'héroïne rappelle à quel point le statut social d'une substance peut changer rapidement. Mise sur le marché à la fin du XIXe siècle par Bayer, la diacétylmorphine est présentée comme médicament et utilisée notamment contre la toux ou comme analgésique. Sa dépendance devient rapidement un problème reconnu. Aux États-Unis, les restrictions se durcissent jusqu'à la loi fédérale de 1924, qui interdit l'importation d'opium brut destiné à la fabrication d'héroïne ; la production légale américaine d'héroïne cesse alors.^{3,4}

La cocaïne connaît elle aussi une période de légitimité médicale et commerciale. L'usage anesthésique local découvert au XIXe siècle lui donne une véritable utilité médicale ; des préparations et boissons en contiennent également. La reconnaissance de ses risques, les usages non médicaux et les campagnes sociales contribuent ensuite à son encadrement.

Ces trajectoires sont importantes parce qu'elles contredisent l'idée selon laquelle les produits actuellement interdits auraient toujours existé en dehors de la médecine. Plusieurs ont

précisément circulé à l'intérieur de la médecine moderne avant que les usages thérapeutiques, les usages non médicaux et les régimes juridiques ne soient séparés plus strictement.

Elles montrent aussi qu'un médicament peut perdre presque entièrement une place thérapeutique dans un pays tandis qu'une substance proche conserve la sienne. La morphine reste un médicament essentiel ; l'héroïne est interdite médicalement dans certains pays mais conserve encore des usages médicaux très encadrés dans d'autres. Le droit n'est donc pas une simple transcription uniforme de la famille pharmacologique.

Le cannabis : une interdiction construite dans des contextes différents

Le cannabis offre un cas encore plus difficile à résumer parce que son histoire juridique varie fortement selon les empires, les pays et les usages.^{5,6,10}

Des administrations coloniales avaient déjà produit au XIXe et au début du XXe siècle des enquêtes, taxes et restrictions sur le cannabis. La grande Indian Hemp Drugs Commission britannique de 1893-1894, par exemple, constitue l'une des premières enquêtes massives sur les usages du chanvre en Inde. Elle ne débouche pas sur une interdiction totale. Cela suffit à montrer que l'inquiétude autour du cannabis ne suit pas partout une trajectoire linéaire allant de la découverte d'un danger à la prohibition.^{5,6,10}

Aux États-Unis, la situation change rapidement au début du XXe siècle. Des États adoptent progressivement des restrictions ; au niveau fédéral, le Marihuana Tax Act de 1937 impose un dispositif fiscal et administratif qui rend l'accès extrêmement contraignant. L'American Medical Association s'oppose à

plusieurs aspects de la mesure et critique notamment la faiblesse de certaines données avancées.^{5,6,10}

La littérature historique documente également l'usage de représentations racialisées et xénophobes dans les campagnes américaines autour de la marijuana, notamment son association aux Mexicains et à certaines minorités. Là encore, il serait cependant réducteur d'en faire l'unique cause. Les travaux historiques mentionnent aussi les transformations de l'usage récréatif, la peur de sa diffusion parmi la jeunesse blanche, la bureaucratisation du contrôle des stupéfiants et l'action d'institutions fédérales cherchant à étendre leur champ.

Le cas du cannabis est donc moins utile comme preuve d'une cause unique que comme démonstration d'un principe général : le même produit est interprété à travers des enjeux de santé, de culture, de migration, d'ordre public et de pouvoir institutionnel dont l'importance relative évolue.

1961, 1971, 1988 : la consolidation du système mondial

Après plusieurs décennies de conventions successives, la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 consolide l'architecture internationale. Elle regroupe et remplace plusieurs accords antérieurs et place notamment l'opium et les opiacés, la feuille de coca et la cocaïne, ainsi que le cannabis sous des régimes de contrôle international.^{1,2}

Son principe directeur est de limiter les substances contrôlées aux usages médicaux et scientifiques tout en organisant production, commerce, stocks et obligations des États. Les catégories internationales deviennent alors un cadre puissant auquel les législations nationales doivent s'articuler.

La Convention de 1971 sur les substances psychotropes étend la logique à d'autres familles devenues importantes après la Seconde Guerre mondiale : stimulants de type amphétaminique, barbituriques, benzodiazépines, hallucinogènes et autres substances synthétiques. Elle révèle un fait intéressant : les substances préoccupantes ne viennent plus seulement des cultures traditionnelles de pavot, de coca ou de cannabis ; elles proviennent aussi de l'industrie pharmaceutique et de la chimie moderne.^{1,2}

La Convention de 1988 contre le trafic illicite renforce ensuite la coopération pénale internationale et le contrôle de précurseurs chimiques utilisés pour fabriquer certaines drogues. À la fin du XXe siècle, le contrôle des drogues est devenu un système mondial mêlant santé, réglementation pharmaceutique, police, douanes, justice et diplomatie.^{1,2}

Une fois construit, un tel système possède sa propre inertie. Une substance inscrite dans les conventions internationales n'est pas seulement soumise à une opinion nationale du moment ; son statut s'insère dans des procédures de classement, de contrôle et de coopération internationales. Modifier ce statut devient donc plus complexe que changer une simple loi locale.

La France : du contrôle des substances à la loi de 1970

La France suit sa propre trajectoire tout en s'insérant dans ce mouvement international. Des textes réglementent les substances vénéneuses et les stupéfiants bien avant 1970. La loi de 1916, adoptée dans le contexte de la Première Guerre mondiale, renforce notamment la répression du commerce et de certains usages de substances comme l'opium, la morphine et la cocaïne.⁷⁻⁹

Mais la loi du 31 décembre 1970 constitue le socle contemporain de la politique française. Son intitulé résume déjà sa double nature : « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie » et « répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ». ⁷⁻⁹

Le texte ne choisit donc pas entre médecine et pénal : il les associe. L'utilisateur peut être exposé à une sanction pénale tout en étant dirigé vers des soins. Des analyses institutionnelles françaises ont souvent résumé cette architecture par le double statut de malade et de délinquant.

Ce compromis correspond à un contexte précis : développement visible des usages de drogues à la fin des années 1960, premières overdoses très médiatisées, inquiétudes autour de la jeunesse, montée du trafic et nécessité de mettre le droit français en cohérence avec l'architecture internationale. ⁷⁻⁹

La loi française illustre ainsi une caractéristique plus générale du contrôle moderne : l'interdit n'est pas nécessairement l'opposé du soin. Les deux peuvent être produits par le même dispositif, avec des tensions qui traverseront ensuite plusieurs décennies de politique publique.

Cette tension sera importante dans les chapitres consacrés à la guerre contre la drogue, au traitement et à la réduction des risques. Elle montre déjà que la question « pourquoi est-ce interdit ? » ne reçoit pas seulement une réponse morale. L'interdiction devient aussi un moyen institutionnel de classer les personnes, d'organiser la médecine et de distribuer des compétences entre justice, police et santé.

Pourquoi aucune cause unique ne suffit

À travers ces histoires, plusieurs forces apparaissent de manière récurrente :

- des dommages sanitaires réels : dépendance, intoxications, overdoses et conséquences sociales ;
- la professionnalisation de la médecine et de la pharmacie, qui sépare progressivement prescription légitime et usage non médical ;¹⁻¹⁰
- des mouvements moraux et réformateurs qui cherchent à limiter certaines consommations ;
- des rapports impériaux et commerciaux, particulièrement visibles dans l'histoire de l'opium ;
- des représentations raciales, xénophobes ou de classe qui rendent certains usages et certains usagers plus menaçants que d'autres ;
- des intérêts bureaucratiques et institutionnels : administrations, polices, douanes et organismes spécialisés acquièrent des compétences propres ;
- la diplomatie internationale, qui transforme des choix nationaux en obligations coordonnées ;
- des événements politiques et médiatiques qui accélèrent certaines réformes.

Aucun de ces facteurs ne possède le même poids pour toutes les substances. L'opium du XIXe siècle ne peut pas être compris sans empire et commerce international. L'encadrement des médicaments psychotropes au XXe siècle ne peut pas être compris sans industrie pharmaceutique et médecine moderne. Le cannabis américain des années 1930 ne peut pas être compris sans les campagnes racialisées et l'expansion de la bureaucratie antidrogue. La loi française de 1970 appartient à un autre contexte encore.¹⁻¹⁰

Cette pluralité n'est pas une faiblesse explicative. Elle est précisément ce que l'histoire permet de voir lorsque l'on cesse de chercher une essence unique de la prohibition.

Elle révèle aussi un phénomène de dépendance au sentier : une fois qu'un produit entre dans une catégorie internationale de contrôle, des administrations, des pratiques policières, des normes professionnelles et des conventions se construisent autour de ce statut. Les décisions anciennes continuent donc d'influencer le présent même lorsque les connaissances scientifiques, les usages ou les valeurs sociales évoluent.¹⁻¹⁰

Cela explique en partie pourquoi le statut contemporain d'une substance ne peut pas être lu uniquement à partir d'une photographie actuelle de ses risques. Il porte aussi son histoire.

L'interdit comme objet d'enquête, pas comme verdict

Reconnaître cette histoire ne conduit pas automatiquement à défendre la légalisation. Ce serait répéter l'erreur que nous cherchons à éviter : transformer une description en conclusion politique immédiate.

Qu'une interdiction soit historiquement contingente n'implique pas qu'elle soit aujourd'hui injustifiée. Une institution peut avoir une origine moraliste, racialisée ou mal informée puis être maintenue pour des raisons différentes. Inversement, une politique née d'une préoccupation sanitaire sincère peut produire des effets sociaux graves qui n'avaient pas été anticipés.

L'histoire modifie cependant la charge de la preuve. Si les classifications actuelles sont le résultat d'une construction cumulative plutôt que le reflet direct d'une hiérarchie pharmacologique, elles doivent pouvoir être réévaluées à partir de leurs effets présents, des connaissances disponibles et des objectifs réellement poursuivis.

Le chapitre précédent nous avait appris à demander : quel dommage mesure-t-on ? Celui-ci ajoute une autre question : quelle histoire a produit la catégorie à partir de laquelle nous jugeons ce dommage ?

Il reste maintenant à examiner le mouvement inverse. Certaines substances potentiellement addictives et dangereuses n'ont pas seulement échappé à la prohibition : elles sont devenues des produits ordinaires, des médicaments, des boissons, des stimulants quotidiens et parfois des sources majeures de recettes fiscales.

Pourquoi ?

Comprendre l'interdit ne suffit pas. Il faut aussi comprendre la légitimité.

Notes et sources

[1] Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC), A Century of International Drug Control / 100 Years of Drug Control. Histoire de la Commission de Shanghai de 1909, de la Convention de La Haye de 1912 et de la consolidation ultérieure du système international. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf

[2] Nations unies / UNODC, The International Drug Control Conventions : Convention unique sur les stupéfiants de 1961, Convention de 1971 sur les substances psychotropes, Convention de 1988 contre le trafic illicite. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

[3] Herzberg, D. et al., travaux d'histoire sociale sur les opioïdes et sur le traitement différencié des usages pharmaceutiques et des usages associés à des minorités aux États-Unis. Voir notamment « A Social History of Opioids' Crimimedical Cycle » : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11841812/> ; et « Entitled to Addiction? Pharmaceuticals, Race, and America's First Drug War » : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5679069/>

[4] Musto, D. F., The American Disease: Origins of Narcotic Control. Ouvrage classique sur l'histoire du contrôle américain des narcotiques, mobilisé ici comme source historiographique de contexte ; les interprétations raciales et

institutionnelles sont croisées avec des travaux plus récents. Pour la restriction fédérale de 1924 concernant l'opium destiné à la fabrication d'héroïne : Office of the Historian, U.S. Department of State, <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1926v01/d125>

[5] Travaux historiques sur le cannabis aux États-Unis et sur le Marihuana Tax Act de 1937, notamment l'analyse historique du National Academies/NCBI Bookshelf sur la loi de 1937 et l'opposition de l'American Medical Association. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65755/>

[6] Indian Hemp Drugs Commission, Report, 1893-1894. Enquête coloniale britannique majeure sur le cannabis en Inde ; exemple d'un examen historique n'ayant pas conduit à une interdiction totale immédiate. Édition numérisée en huit volumes : Wellcome Collection, <https://wellcomecollection.org/works/ugn4vdz3>

[7] Légifrance, loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000321402/>

[8] Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), avis « Usages de drogues et droits de l'homme », 2016, pour l'analyse de la double logique sanitaire et pénale de la loi française de 1970 et son contexte institutionnel. Texte publié sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034134859>

[9] Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), notice documentaire de la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 et mise en contexte de sa double logique sanitaire et répressive. https://bdoc.ofdt.fr/index.php?id=15&lvl=notice_display

[10] Les passages consacrés à la racialisation décrivent des facteurs documentés dans des contextes précis, surtout aux États-Unis ; ils ne sont pas utilisés comme explication universelle de toutes les prohibitions ni de toutes les juridictions.

Chapitre 4 — Une histoire de la légitimité

Si les interdictions ont une histoire, la légitimité en possède une aussi. Certaines substances psychoactives ne sont pas simplement « restées légales » pendant que d'autres devenaient illicites. Elles se sont inscrites dans des institutions, des habitudes et des économies qui ont rendu pensable un autre type de réponse : autoriser tout en réglementant, taxer tout en prévenant, prescrire tout en contrôlant.^{1,7,10,11}

L'alcool, la nicotine, la caféine et les médicaments ne partagent ni la même toxicité ni la même histoire. Pourtant, leur comparaison révèle un principe commun : une substance peut être socialement intégrée au point que la politique cherche moins à supprimer son existence qu'à organiser les conditions de son usage.

Cette intégration ne signifie pas que le produit soit considéré comme inoffensif. L'alcool est aujourd'hui décrit par l'Organisation mondiale de la santé comme psychoactif, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance. Le tabac reste l'une des premières causes évitables de mortalité. La caféine possède des effets pharmacologiques, peut provoquer un sevrage et figure dans les classifications de troubles liés aux substances. De nombreux médicaments psychoactifs présentent des risques de tolérance, de dépendance ou de surdosage.^{1,7,10,11}

La différence se situe donc ailleurs. Elle tient à la manière dont les sociétés ont historiquement incorporé ces substances dans la vie quotidienne, le commerce, la médecine, la fiscalité et les pratiques sociales, puis ont construit autour d'elles des régimes spécifiques de contrôle.

L'alcool : une drogue devenue boisson avant l'État moderne

L'alcool possède un avantage historique décisif sur presque toutes les substances actuellement interdites : son intégration culturelle précède de très loin les systèmes modernes de contrôle des drogues. Les boissons fermentées accompagnent depuis des millénaires l'alimentation, les rites, le commerce, la sociabilité et les fêtes de nombreuses sociétés.^{1,2}

L'OMS rappelle que l'alcool est largement utilisé dans de nombreuses cultures depuis des siècles. Cette ancienneté ne le rend pas pharmacologiquement bénin ; elle modifie en revanche le point de départ politique. Lorsqu'au XIXe ou au XXe siècle les États modernes cherchent à réduire ses dommages, ils ne rencontrent pas un produit marginal qu'il suffirait de placer hors du commerce ordinaire. Ils rencontrent des pratiques profondément installées, des producteurs, des débits de boisson, des habitudes familiales, des recettes fiscales et des millions de consommateurs.^{1,2}

L'industrialisation renforce encore cette disponibilité. Les progrès de production, de transport et de conservation transforment les boissons alcoolisées en marchandises accessibles toute l'année. Parallèlement, les dommages deviennent suffisamment visibles pour alimenter de puissants mouvements de tempérance.

La légitimité de l'alcool n'a donc jamais signifié absence de conflit. Au contraire, l'histoire moderne de l'alcool est aussi celle de tentatives répétées pour limiter sa disponibilité, réduire l'ivresse publique, interdire la vente à certaines personnes, taxer les boissons ou réglementer les lieux de consommation.

La prohibition de l'alcool : preuve que la légalité n'était pas inévitable

L'expérience américaine rappelle surtout que l'alcool n'a pas bénéficié partout d'un statut légal intangible. Le XVIII^e amendement à la Constitution des États-Unis, ratifié en 1919, interdit pour les boissons alcoolisées la fabrication, la vente, le transport, l'importation et l'exportation. L'interdiction prend effet en 1920.³

Cette prohibition arrive après des décennies de mobilisation politique et morale. Elle montre que l'ancienneté d'une substance n'empêche pas une société de tenter de l'exclure du marché légal.

Mais l'expérience ne dure pas. En 1933, le XXI^e amendement abroge le XVIII^e, seul exemple dans l'histoire constitutionnelle américaine d'un amendement constitutionnel explicitement annulé par un autre. L'alcool redevient légal sous des régimes de réglementation fédérale et surtout étatique.³

Il serait trop simple d'utiliser cet épisode comme preuve que « la prohibition ne fonctionne jamais ». Les effets du régime américain sont complexes et appartiendront aux chapitres sur les conséquences de l'interdiction. Ce qui importe ici est plus limité : face à une substance très enracinée, la société américaine a essayé successivement prohibition puis réglementation. Le statut légal a donc été un choix institutionnel réversible, pas une propriété de l'éthanol.

Dans de nombreux pays, le compromis durable s'est ensuite organisé autour d'autres instruments : licences de vente, âge minimum, taxation, restrictions d'horaires et de points de vente, limites à la conduite sous influence, règles de publicité et programmes de traitement.

L'OMS décrit aujourd'hui précisément cette logique : les politiques d'alcool agissent sur l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité économique du produit plutôt que par une interdiction universelle de toute consommation.³

Taxer ce que l'on cherche aussi à réduire

L'alcool révèle une tension particulière des produits légaux : ils peuvent simultanément produire des dommages et générer des recettes publiques.⁴

La taxation joue alors deux fonctions qui peuvent sembler contradictoires. D'un côté, elle procure des revenus à l'État. De l'autre, elle peut être utilisée comme instrument de santé publique en augmentant le prix relatif du produit afin de réduire la consommation et certains dommages.

L'OMS traite explicitement la fiscalité de l'alcool comme un outil de santé publique tout en reconnaissant sa capacité à mobiliser des recettes. Presque tous les pays appliquent aujourd'hui une forme de droits d'accise aux boissons alcoolisées.⁴

Cette dualité ne prouve ni que les gouvernements souhaitent la dépendance ni qu'ils seraient financièrement neutres face à la consommation. Elle crée en revanche une tension structurelle réelle : le même produit peut être une source de revenus, une activité économique importante et une cible de réduction des dommages.

Nous retrouverons cette tension lorsque nous étudierons les industries de l'alcool et du tabac. Pour l'instant, elle nous montre qu'une substance légale n'est pas seulement tolérée : elle peut être incorporée aux finances et aux institutions de l'État.⁴

Le tabac et la nicotine : légal ne signifie pas ordinaire au sens réglementaire

Le tabac suit une autre trajectoire. Introduit en Europe à partir des Amériques, il devient progressivement une marchandise mondiale, puis une industrie de masse avec l'essor de la cigarette industrielle. Au XXe siècle, publicité, mécanisation et réseaux de distribution permettent une diffusion sans précédent.^{5,6}

Lorsque les preuves sanitaires s'accumulent sur le cancer, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, la réponse internationale ne prend pourtant pas la forme des conventions sur les stupéfiants. Elle construit un régime propre.^{5,6}

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, adoptée en 2003 et entrée en vigueur en 2005, constitue le premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé. Sa présentation officielle décrit elle-même un changement de stratégie pour une substance engendrant la dépendance : contrairement aux traités antérieurs de lutte contre les drogues, la Convention met fortement l'accent sur la réduction de la demande en plus du contrôle de l'offre.^{5,6}

Ce choix est révélateur. Le tabac n'est pas traité comme une marchandise ordinaire : il fait l'objet de taxes, d'avertissements sanitaires, de restrictions de publicité, d'interdictions de fumer dans de nombreux lieux, de règles de conditionnement et d'âge minimum. Mais son commerce demeure légal pour les adultes dans la plupart des pays.

Autrement dit, la frontière pertinente n'est pas seulement légal/illégal. Entre la vente libre d'un produit quelconque et la prohibition pénale existe un vaste espace de réglementation intensive.

Le cas de la nicotine le montre encore plus clairement avec les produits qui la délivrent sans combustion. La substance reste addictive, mais les risques sanitaires varient selon le produit et la voie d'administration. Une politique cohérente ne peut donc pas simplement transférer au mot « nicotine » tous les dommages du tabagisme sans distinguer les mécanismes.

Caféine : la psychoactivité devenue invisible par familiarité

La caféine représente presque l'extrême opposé du stupéfiant dans l'imaginaire quotidien. Elle est consommée dans le café, le thé, les boissons gazeuses, les boissons énergisantes, le chocolat et certains médicaments. Des revues scientifiques la décrivent comme probablement la substance psychoactive la plus consommée au monde.⁷⁻⁹

Sa banalité culturelle ne supprime pourtant pas sa pharmacologie. La caféine agit principalement comme antagoniste des récepteurs de l'adénosine, favorise l'éveil et peut produire à fortes doses agitation, anxiété, insomnie ou tachycardie. Un syndrome de sevrage est bien documenté. L'ICD-11 prévoit des catégories de troubles liés à l'usage de caféine.⁷⁻⁹

Pourquoi cette psychoactivité n'a-t-elle pas conduit à un régime comparable à celui de la cocaïne ou des amphétamines ? Une réponse complète demanderait une histoire mondiale du café et du thé, ce qui dépasserait notre objet. Mais plusieurs différences importantes sont déjà visibles.

La caféine est depuis longtemps intégrée à des boissons alimentaires et à des rites sociaux quotidiens. Ses effets usuels favorisent surtout vigilance et éveil plutôt qu'intoxication comportementale profonde. Pour la majorité des

consommateurs, l'usage habituel ne produit pas le même niveau de désorganisation sociale ou de risque aigu que les substances qui ont été placées au centre des régimes modernes de prohibition.

Ces différences ne signifient pas absence de risque. Elles montrent simplement pourquoi « psychoactif » n'est pas un critère suffisant pour prédire le statut légal. Une substance peut modifier l'état mental, produire tolérance et sevrage, et rester socialement classée comme aliment ou boisson.⁷⁻⁹

Le médicament : la légitimité par l'usage et le contrôle

Les médicaments psychoactifs montrent un autre mécanisme de légitimation. Ici, ce n'est pas l'ancienneté culturelle qui justifie principalement l'accès, mais l'utilité thérapeutique reconnue.^{10,11}

La morphine, certaines benzodiazépines, des stimulants et d'autres substances peuvent être soumises à des contrôles rigoureux tout en restant prescrites. Les conventions internationales elles-mêmes ne cherchent pas à supprimer tout usage des substances contrôlées : leur architecture distingue explicitement les besoins médicaux et scientifiques des usages non autorisés.^{10,11}

La légitimité pharmaceutique repose donc sur un ensemble de médiations : diagnostic ou indication, qualité contrôlée, dose, prescription, pharmacovigilance, responsabilité professionnelle et surveillance du marché.

Cette organisation peut réduire certains risques sans les abolir. Un médicament autorisé peut être mésusé, détourné ou prescrit de manière excessive. L'histoire contemporaine des

opioïdes pharmaceutiques aux États-Unis montrera même qu'un produit parfaitement légal peut participer à une crise majeure lorsque prescription, marketing, disponibilité et dépendance interagissent.

Il serait donc erroné de conclure que « médicament » signifie substance bonne tandis que « drogue » signifie substance mauvaise. Le médicament est une relation institutionnelle à une substance : un produit est accepté dans certaines indications, doses et conditions parce qu'un bénéfice thérapeutique est attendu.

Le même principe explique pourquoi certaines substances sont à la fois très contrôlées et médicalement indispensables. La légitimité n'annule pas le risque ; elle organise un usage considéré comme justifiable malgré ce risque.

Pourquoi certaines substances sont régulées plutôt qu'interdites

Les cas précédents font apparaître plusieurs mécanismes de légitimité qui peuvent se combiner :

- l'ancienneté et l'intégration culturelle : une pratique ancienne et massive crée des normes, des institutions et des attentes difficiles à abolir ;
- l'utilité perçue : sociabilité, alimentation, éveil, soulagement de la douleur ou traitement d'une maladie ;
- l'existence d'usages jugés compatibles avec une vie ordinaire pour une grande partie des consommateurs ;
- la possibilité de réduire certains risques par dose, qualité, prescription, âge minimum, contrôle des lieux de vente ou information ;
- les intérêts économiques : producteurs, emplois, commerce, recettes fiscales et industries déjà installées ;

- la capacité administrative de construire un régime intermédiaire entre laissez-faire et prohibition.

Ces facteurs ne constituent pas une formule permettant de prédire automatiquement la légalité. Ils aident à comprendre pourquoi des produits présentant des risques réels peuvent être intégrés durablement plutôt qu'exclus.

Il faut également distinguer explication et justification. Dire que l'alcool reste légal parce qu'il est culturellement enraciné et économiquement intégré n'établit pas que ce statut soit optimal. Dire que la morphine est légitime médicalement ne signifie pas que toute prescription soit appropriée. Dire que la caféine provoque rarement des dommages comparables à ceux d'autres drogues ne signifie pas que ses effets soient inexistants.

L'histoire de la légitimité décrit les conditions dans lesquelles une société apprend à vivre avec une substance. Elle ne tranche pas encore la question normative de savoir si elle devrait continuer à le faire de la même manière.

La légalité peut masquer la drogue, l'illégalité peut masquer l'usage

Les catégories sociales produisent enfin une dissonance perceptive. Parce que l'alcool est vendu dans un supermarché, nous pouvons oublier qu'il s'agit d'une substance psychoactive capable d'entraîner une dépendance. Parce que la caféine arrive dans une tasse, sa qualité de psychostimulant devient presque invisible. Parce qu'un opioïde se trouve dans une boîte délivrée par une pharmacie, le patient peut sous-estimer son potentiel de dépendance ou de surdosage.^{1,7,10,11}

L'effet inverse existe pour les substances illicites. Leur statut de « drogue » peut absorber toute leur représentation au point d'effacer des usages médicaux possibles, des différences de dose

ou de contexte, ou la diversité réelle des comportements d'usage.

Cette asymétrie est au cœur du livre. Le statut légal ne se contente pas d'encadrer le produit ; il influence la perception que nous en avons.

Une substance intégrée à l'économie ordinaire tend à être pensée à travers son usage social : verre de vin, cigarette, café, anxiolytique. Une substance interdite tend davantage à être pensée par sa catégorie juridique : stupéfiant, narcotique, drogue.

La réalité pharmacologique ne suit pourtant pas ces frontières lexicales.

De la légitimité au marché

À ce stade, le livre a établi quatre distinctions successives. Le premier chapitre a séparé drogue, substance psychoactive, médicament et stupéfiant. Le deuxième a distingué danger, risque et dommage. Le troisième a montré que les interdictions possèdent une histoire. Le quatrième montre maintenant que la légitimité est elle aussi construite.

Cette symétrie empêche une conclusion trop simple. Les substances interdites ne sont pas nécessairement interdites uniquement parce qu'elles sont les plus dangereuses ; les substances légales ne sont pas nécessairement légales uniquement parce qu'elles seraient les moins dangereuses.

Entre les deux intervient toute une architecture de traditions, d'usages, de marchés, d'institutions médicales, de fiscalité et de réglementation.

Mais une question reste en suspens : pourquoi les individus recherchent-ils ces substances en premier lieu ?

Si nous répondons seulement en termes de risque et de loi, nous faisons de l'usager une silhouette passive, comme si l'alcool, le cannabis, un stimulant, un opioïde ou un psychédélique n'étaient recherchés que parce qu'ils existent.

Il faut maintenant revenir à l'expérience humaine : plaisir, sociabilité, rituel, performance, douleur, anxiété, curiosité, fuite et automédication.

Avant d'étudier comment l'usage devient parfois addiction, il faut comprendre pourquoi il commence - et pourquoi, le plus souvent, usage et addiction ne sont pas synonymes.

Notes et sources

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Alcohol », 28 juin 2024. L'alcool est décrit comme une substance psychoactive, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance ; l'OMS souligne aussi son enracinement culturel, le rôle de la disponibilité et des normes sociales.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

[2] OMS, Alcohol and public health / Global status reporting. Le contexte historique rappelle l'ancienneté des boissons alcoolisées, leur industrialisation et l'émergence de mouvements de tempérance puis de structures de contrôle.

<https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/9789240692763-eng.pdf>

[3] National Archives des États-Unis, textes des XVIIIe et XXIe amendements et synthèse historique de la Prohibition : ratification du XVIIIe amendement en 1919, abrogation par le XXIe en 1933.

<https://www.archives.gov/founding-docs/amendments-11-27>

[4] OMS, Resource tool on alcohol taxation and pricing policies, 2017 ; et Global report on the use of alcohol taxes, 2025 publié en 2026. Les taxes peuvent à la fois réduire la consommation et produire des recettes publiques.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512701>

[5] Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (WHO FCTC), adoptée le 21 mai 2003 et entrée en vigueur le 27 février 2005. Le texte décrit une stratégie de réglementation des substances engendrant la dépendance qui insiste sur la réduction de la demande et de l'offre. <https://fctc.who.int/fr/convention/9241591013>

[6] Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, instruments et directives d'application adoptés par la Conférence des Parties : fiscalité et prix, espaces sans

fumée, contenu des produits, étiquetage, publicité-promotion-parrainage et sevrage.
<https://fctc.who.int/convention/treaty-instruments>

[7] Organisation mondiale de la santé, terminologie « Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours » : la caféine et la nicotine figurent parmi les classes de substances concernées par les troubles liés à l'usage dans la CIM-11.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>

[8] Temple, J. L. et al., « The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review », *Frontiers in Psychiatry / PMC*, 2017 ; Griffiths et al., travaux sur le sevrage et les troubles liés à la caféine. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5445139/>

[9] Revue scientifique : « Caffeine Use Disorder: A Review of the Evidence and Future Implications », *Journal of Caffeine Research*, 2014. Elle souligne la fréquence massive de l'usage ordinaire tout en documentant sevrage et dépendance chez certains individus. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4115451/>

[10] OMS, « Drugs (psychoactive) » et système international de contrôle : le degré de restriction dépend notamment des risques sanitaires et de l'utilité thérapeutique ; les conventions préservent les usages médicaux et scientifiques autorisés.
<https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>

[11] OMS, Liste modèle des médicaments essentiels et ressources sur l'accès à la morphine : exemple d'une substance opioïde fortement contrôlée mais médicalement indispensable. <https://www.who.int/our-work/access-to-medicines-and-health-products/controlled-substances/safe-access-to-morphine>

PARTIE II — De l'usage à l'addiction

Chapitre 5 — Pourquoi voulons-nous changer d'état ?

Jusqu'ici, nous avons surtout regardé les substances depuis l'extérieur : catégories juridiques, danger, histoire, institutions. Cette perspective est nécessaire mais incomplète. Elle pourrait donner l'impression que les humains consomment des substances uniquement parce qu'un marché les leur propose, parce qu'une dépendance les y contraint ou parce qu'ils ignorent les risques.¹

Or une grande partie des usages commence avant toute addiction. Les personnes recherchent des effets. Elles veulent parfois éprouver du plaisir, se détendre, supporter une douleur, rester éveillées, danser plus longtemps, réduire une anxiété, partager un rituel, explorer leur conscience, oublier momentanément un problème ou simplement essayer ce que d'autres utilisent autour d'elles.

Ces motivations ne sont pas toutes équivalentes, et elles ne rendent pas les usages sans danger. Mais les ignorer produit une mauvaise théorie du comportement humain. Une politique qui ne voit dans l'usager qu'une victime passive de la molécule ou un individu irrationnel risque de ne pas comprendre pourquoi l'usage se maintient même lorsque les risques sont connus.

Le National Institute on Drug Abuse résume plusieurs grandes raisons de commencer ou poursuivre un usage : « se sentir bien », « se sentir mieux », « faire mieux », ainsi que curiosité et influence sociale. Cette typologie est simplifiée, mais

elle offre un bon point de départ. À ces fonctions s'ajoutent, selon les substances et les cultures, le rituel, la spiritualité, la recherche d'expériences et l'automédication.

La question de ce chapitre n'est donc pas : pourquoi les gens prennent-ils de mauvaises décisions ? Elle est plus élémentaire : qu'est-ce qu'ils cherchent à modifier dans leur expérience ?

Chercher le plaisir n'est pas encore une pathologie

La première réponse est la plus simple et parfois la plus difficile à admettre dans un discours exclusivement sanitaire : certaines substances sont consommées parce que leurs effets sont agréables.^{1,5}

Un verre peut produire détente et désinhibition ; un stimulant énergie et confiance ; un opioïde soulagement et bien-être ; du cannabis relaxation ou modification sensorielle ; un psychédélique des perceptions inhabituelles, de l'émerveillement ou une expérience émotionnelle intense. Les effets varient selon le produit, la dose, la personne et le contexte, mais la recherche d'une expérience plaisante constitue une motivation réelle.

Reconnaître cette fonction ne signifie pas recommander l'usage. Cela permet simplement de comprendre pourquoi l'information sur les risques ne suffit pas nécessairement à l'empêcher. Un comportement peut avoir simultanément un bénéfice subjectif immédiat et un coût différé.

Cette temporalité est centrale. Les récompenses apparaissent souvent maintenant ; une partie des dommages arrive plus tard, de manière probabiliste. L'individu ne compare donc pas toujours un plaisir et un dommage présents au même moment. Il compare parfois une récompense certaine ou très probable aujourd'hui à un risque abstrait ou lointain.^{1,5}

Le plaisir peut également être social plutôt que strictement pharmacologique. Boire ensemble, fumer avec un groupe ou partager une expérience psychédélique peut compter autant par la relation créée que par l'effet moléculaire. La substance devient alors un élément d'une situation.

Il faut enfin protéger une distinction : rechercher régulièrement du plaisir n'est pas une définition de l'addiction. Des millions de personnes répètent des activités agréables sans perdre le contrôle ni sacrifier le reste de leur vie. L'addiction devra être définie par d'autres critères.

Se sentir mieux : soulagement, douleur et automédication

Une deuxième fonction consiste moins à produire un état positif qu'à réduire un état négatif. L'usage peut viser la douleur, l'anxiété, l'insomnie, le stress, la tristesse, la peur, les souvenirs intrusifs ou simplement une tension ressentie comme difficile à supporter.^{1,3,5}

Le terme « automédication » recouvre ici plusieurs réalités. Il peut désigner l'utilisation volontaire d'une substance pour traiter un symptôme que la personne identifie elle-même, sans encadrement professionnel. Il peut aussi décrire plus largement un usage de soulagement : boire pour diminuer une anxiété sociale, utiliser un sédatif pour dormir, consommer un stimulant pour traverser une fatigue chronique ou prendre un psychédélique dans l'espoir d'améliorer un mal-être.

Le fait qu'une personne cherche à se soulager ne démontre pas que la stratégie est efficace ni sûre. Certaines substances peuvent aggraver à long terme le problème qu'elles atténuent momentanément. D'autres créent tolérance, sevrage ou interactions. Une personne peut également retarder des soins

efficaces en s'appuyant uniquement sur une consommation non supervisée.^{1,3,5}

Mais la fonction du comportement reste importante. Si l'usage sert à supprimer une douleur ou à rendre une situation supportable, l'enlever sans traiter ce qu'il remplaçait peut laisser intacte la raison de consommer.

C'est particulièrement évident pour les opioïdes : la frontière entre usage médical et usage problématique peut commencer dans la douleur réelle. Elle l'est aussi dans les usages de médicaments anxiolytiques ou stimulants, où une indication légitime, un mésusage et une recherche de fonctionnement peuvent parfois se succéder ou se superposer.

Des travaux récents sur les psychédéliques montrent également que certaines personnes les utilisent hors cadre médical pour le bien-être, l'exploration personnelle, la spiritualité ou l'autotraitement de symptômes psychologiques ou physiques. Les données sur l'efficacité et les risques de ces pratiques sont hétérogènes ; ce qui nous intéresse ici est l'existence de la motivation, pas sa validation thérapeutique.

Faire mieux : performance, endurance et disponibilité

Toutes les consommations ne recherchent ni ivresse ni soulagement. Certaines cherchent la performance.

La caféine offre l'exemple le plus quotidien : rester éveillé, travailler plus longtemps, améliorer la vigilance ou réduire la sensation de fatigue. Des stimulants prescrits peuvent être utilisés hors prescription avec l'espoir d'améliorer concentration ou productivité. D'autres substances sont recherchées dans des contextes sportifs, festifs ou

professionnels pour augmenter endurance, énergie ou confiance.^{1,5}

Cette fonction brouille encore la représentation habituelle de la « drogue ». Une substance peut être prise non pour échapper aux exigences sociales mais pour y répondre davantage : tenir un rythme de travail, réussir un examen, conduire de nuit, prolonger une fête ou maintenir une performance.

Le contexte social peut donc produire lui-même une demande de modification de l'état. Une personne épuisée dans une organisation qui valorise la disponibilité permanente peut trouver rationnel à court terme de rechercher un stimulant. Cela ne signifie pas que la société « cause » mécaniquement l'usage ; cela signifie que les bénéfices attendus dépendent des contraintes de la situation.

Cette dimension sera importante lorsque nous examinerons plus tard le consumérisme et les marchés de la répétition dans l'épilogue inter-œuvres : un produit psychoactif peut se présenter non seulement comme plaisir mais comme outil pour continuer à fonctionner.

Sociabilité, appartenance et rituel

Les substances sont également des objets sociaux. Leur consommation peut signaler l'appartenance à un groupe, marquer une transition, structurer une fête, accompagner une conversation, servir de rite religieux ou créer une expérience partagée.^{1,6}

L'alcool montre combien cette fonction peut devenir culturellement invisible : trinquer, offrir un verre ou associer une boisson à une célébration ne sont pas vécus comme des expériences pharmacologiques, même si l'éthanol agit bien sur le système nerveux.^{1,6}

Le même mécanisme d'intégration sociale peut fonctionner pour des substances illégales. L'initiation peut passer par des amis, une scène musicale, un milieu professionnel ou un groupe où l'usage possède un sens particulier. NIDA inclut d'ailleurs la curiosité et l'influence des autres parmi les grandes raisons de commencer, en soulignant la vulnérabilité particulière des adolescents aux dynamiques de pairs.^{1,6}

Mais « pression sociale » est trop étroit pour décrire toutes ces situations. On peut consommer avec d'autres sans être contraint. Le produit peut faciliter une forme de proximité, devenir un symbole de confiance ou simplement accompagner une activité valorisée.

Cette dimension explique pourquoi l'usage ne se réduit pas toujours à une relation individu-produit. Modifier la politique, le prix ou la disponibilité peut aussi modifier des pratiques collectives, des lieux et des identités sociales.

Explorer, ritualiser, transformer la perception

Certaines substances sont recherchées précisément parce qu'elles changent profondément la perception, la pensée ou le sentiment de soi.^{2,3}

Les psychédéliques constituent le cas le plus évident. NIDA rapporte que les personnes peuvent les utiliser pour le loisir, l'amélioration du bien-être, la spiritualité ou l'exploration de soi, en plus de l'intérêt croissant pour leurs usages thérapeutiques encadrés.^{2,3}

Dans certains contextes religieux ou traditionnels, l'altération de conscience peut elle-même constituer la fonction recherchée : vision, rite de passage, guérison symbolique, relation au sacré ou cohésion communautaire. Ces interprétations appartiennent à des systèmes culturels qu'il faut

comprendre dans leur logique propre avant de les traduire en catégories médicales modernes.

L'intensité d'une expérience ne prouve toutefois pas la vérité de son interprétation. Une expérience spirituelle sous substance peut être importante pour la personne sans constituer une démonstration métaphysique. De même, une expérience ressentie comme thérapeutique n'établit pas à elle seule son efficacité clinique.

Cette distinction permet de reconnaître la réalité de la fonction recherchée sans confondre expérience, valeur, interprétation et preuve.

Fuir, suspendre, oublier

La modification d'état peut enfin être recherchée pour interrompre momentanément l'expérience ordinaire.

L'ennui, la solitude, la précarité, un conflit, une anxiété persistante ou une situation ressentie comme sans issue peuvent donner à l'intoxication une fonction de suspension. Le produit ne résout pas nécessairement le problème ; il modifie temporairement le rapport à ce problème.^{1,3}

Le mot « fuite » peut devenir moraliste s'il est utilisé comme verdict. Il est plus utile de demander ce que l'usage suspend effectivement : une douleur, une obligation, un souvenir, une inhibition, une fatigue, une sensation de vide ? La réponse ne doit pas être inventée à partir du simple fait qu'une personne consomme.

Deux individus utilisant le même produit peuvent poursuivre des fonctions opposées : l'un cherche l'euphorie, l'autre le sommeil ; l'un la sociabilité, l'autre l'isolement ; l'un l'exploration, l'autre l'anesthésie émotionnelle.

Cette diversité des fonctions est l'une des raisons pour lesquelles une intervention identique ne produit pas nécessairement le même effet chez tous les usagers.

Les mélanges : modifier l'effet d'une substance par une autre

L'usage de plusieurs substances rend encore plus visible la rationalité locale du consommateur. Les produits peuvent être combinés pour intensifier un effet, prolonger une euphorie, diminuer un effet indésirable, faciliter l'endormissement après un stimulant ou remplacer une substance indisponible.⁴

Une revue qualitative des motivations de polyconsommation a retrouvé précisément ces logiques : équilibrer les effets, prolonger le « high », réduire certains symptômes, imiter une autre substance ou s'automédiquer.

Comprendre la logique ne signifie pas que la combinaison soit sûre. Au contraire, certaines associations augmentent fortement le risque d'intoxication aiguë, notamment lorsque plusieurs dépresseurs du système nerveux central sont combinés.

La distinction est importante : un comportement peut posséder une intention compréhensible tout en produisant un danger majeur. Rationalité locale et sécurité ne sont pas synonymes.

Usage, usage problématique et addiction

Toutes ces motivations peuvent exister sans addiction. C'est probablement la distinction la plus importante de ce chapitre.¹

Une personne peut boire pour la sociabilité sans perdre le contrôle de son usage. Elle peut essayer une substance par

curiosité et ne jamais recommencer. Elle peut utiliser occasionnellement du cannabis pour se détendre, un psychédélique pour une expérience particulière ou de la caféine pour rester éveillée sans organiser sa vie autour du produit.

Inversement, une motivation initialement ordinaire peut évoluer. Le plaisir peut devenir nécessaire pour se sentir normal ; le soulagement peut se transformer en évitement constant du sevrage ; le stimulant utilisé pour une échéance exceptionnelle peut devenir quotidien.¹

Le passage vers l'addiction ne se trouve donc pas dans la motivation initiale seule. Il concerne la manière dont apprentissage, renforcement, exposition répétée, vulnérabilités, environnement et propriétés du produit transforment progressivement la relation à l'usage.¹

C'est pourquoi nous devons résister au raisonnement rétrospectif : découvrir qu'une personne est devenue dépendante ne permet pas de conclure que sa première consommation était déjà l'expression de cette dépendance future.

Le chapitre 7 examinera précisément le moment où usage et addiction cessent d'être interchangeables. Avant cela, il nous faut comprendre ce que les substances elles-mêmes font au corps et au cerveau.

Prendre au sérieux la fonction sans valider automatiquement le comportement

Prendre au sérieux les motivations d'usage évite deux erreurs opposées.

La première consiste à moraliser : la personne consommerait seulement parce qu'elle est irresponsable, faible ou ignorante.

Cette lecture échoue dès qu'un produit fournit réellement un plaisir, un soulagement ou une fonction sociale.

La seconde consiste à romantiser : puisque l'usage remplit une fonction, il serait nécessairement rationnel, bénéfique ou libérateur. Une stratégie de soulagement peut produire davantage de souffrance ; une pratique sociale peut devenir dangereuse ; une expérience recherchée peut avoir des conséquences non prévues.

La bonne question n'est donc pas de choisir entre condamnation et célébration. Elle est d'identifier la fonction réelle, les alternatives disponibles, les risques, le degré de contrôle et les conséquences.

Cette approche sera également utile pour les politiques publiques. Une mesure qui réduit l'accès à une substance sans comprendre ce qu'elle apportait peut déplacer la demande vers un autre produit ou un autre comportement. À l'inverse, reconnaître une fonction ne signifie pas qu'il faille laisser le marché y répondre sans limite.

Nous pouvons maintenant formuler une conclusion provisoire : les humains ne recherchent pas « la drogue » en général. Ils recherchent des transformations différentes de leur expérience.

Pour comprendre pourquoi certaines de ces transformations deviennent particulièrement puissantes, il faut maintenant descendre d'un niveau et examiner les mécanismes pharmacologiques : récepteurs, neurotransmetteurs, dose, vitesse d'arrivée dans le cerveau, tolérance, interactions et toxicité.

C'est l'objet du chapitre suivant.

Notes et sources

[1] National Institute on Drug Abuse (NIDA), Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Typologie pédagogique des raisons d'usage : « to feel good », « to feel better », « to do better », curiosité et influence sociale.

https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf

[2] NIDA, « Psychedelic and Dissociative Drugs ». Les usages rapportés incluent loisir, bien-être, spiritualité et exploration de soi, parallèlement aux recherches thérapeutiques. <https://nida.nih.gov/research-topics/psychedelic-dissociative-drugs>

[3] Revue : « Self-medication with psychedelics: a scoping review and narrative synthesis of review-level evidence », 2025/2026. Elle distingue notamment motifs de coping, exploration et enhancement tout en soulignant la faiblesse et l'hétérogénéité des données sur l'automédication.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12887173/>

[4] Rapid review : « Patterns and motivations of polysubstance use », 2022. Les motivations décrites comprennent intensification ou prolongation d'un effet, compensation d'effets indésirables, substitution et automédication.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8935897/>

[5] NIDA, « Misuse of Prescription Drugs ». Les opioïdes, dépresseurs du système nerveux central et stimulants peuvent faire l'objet d'usages médicaux et de mésusages poursuivant notamment soulagement, performance ou euphorie.

<https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/overview>

[6] Organisation mondiale de la santé, ressources sur alcool et comportements addictifs : les normes culturelles, la disponibilité, le contexte et les usages sociaux influencent les modes de consommation et leurs dommages.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

[7] Les fonctions décrites dans ce chapitre sont des catégories de motivation, non des diagnostics. Une fonction supposée ne doit pas être attribuée à une personne sans données sur son usage réel.

Chapitre 6 — Ce que les substances font réellement

Dire qu'une substance « agit sur le cerveau » est vrai mais presque vide. Le cerveau n'est pas un interrupteur unique que toutes les drogues allumeraient plus ou moins fort. Il est constitué de réseaux utilisant de nombreux neurotransmetteurs, récepteurs, transporteurs et canaux ioniques. Les substances psychoactives modifient ces systèmes par des mécanismes très différents.^{1,2,14}

Deux produits peuvent produire une sensation d'euphorie tout en empruntant des voies pharmacologiques différentes. Deux dépresseurs peuvent tous deux provoquer somnolence et perte de coordination sans agir sur les mêmes cibles. Deux substances classées comme stimulants peuvent augmenter la signalisation dopaminergique par des mécanismes distincts. Et deux molécules capables de modifier profondément la perception peuvent appartenir à des familles pharmacologiques presque sans rapport.^{1,2,14}

Cette diversité est essentielle pour comprendre le risque. Elle explique pourquoi le mot « drogue » ne constitue pas une explication biologique, pourquoi la dopamine ne peut pas servir de théorie universelle de l'addiction et pourquoi la dose, la vitesse d'absorption ou un mélange peuvent transformer radicalement les effets d'une même substance.^{1,2,14}

Il ne s'agit pas ici de produire un manuel complet de pharmacologie. Le but est de disposer d'assez de mécanismes pour ne plus raisonner comme si toutes les substances faisaient la même chose au cerveau.

Une molécule n'agit jamais sur « le cerveau » en bloc

Une substance psychoactive peut agir de plusieurs manières. Elle peut se fixer directement sur un récepteur et l'activer ; empêcher un neurotransmetteur de se fixer ; modifier l'ouverture d'un canal ionique ; bloquer la recapture d'un neurotransmetteur ; favoriser sa libération ; ralentir sa dégradation ; ou agir sur plusieurs de ces mécanismes à la fois.
^{1,2,14}

Le résultat dépend alors de la localisation des cibles dans le système nerveux, de la concentration atteinte, de la durée d'exposition et des adaptations produites par les usages répétés. Une molécule peut ainsi modifier simultanément douleur, respiration, mémoire, vigilance, motricité ou humeur parce que les récepteurs concernés participent à plusieurs fonctions.^{1,2,14}

Les catégories usuelles - stimulant, dépresseur, hallucinogène, opioïde - restent utiles comme raccourcis descriptifs. Elles ne décrivent pas toujours un mécanisme moléculaire unique. L'alcool est par exemple classé comme dépresseur du système nerveux central, mais ses effets impliquent de nombreuses cibles : systèmes GABAergiques, glutamatergiques, glycinergiques, cholinergiques, sérotoninergiques et différents canaux ioniques.^{1,2,14}

Inversement, des mécanismes moléculaires différents peuvent converger vers un même circuit. De nombreuses drogues susceptibles d'être renforçantes modifient, directement ou indirectement, l'activité dopaminergique dans les circuits de motivation et d'apprentissage. Cette convergence n'efface pas les étapes qui y conduisent.

Opioïdes : soulager la douleur, produire l'euphorie, ralentir la respiration

Les opioïdes constituent un exemple particulièrement clair d'une même famille pharmacologique réunissant effets thérapeutiques et risques graves. Morphine, héroïne, fentanyl et d'autres opioïdes agissent notamment sur les récepteurs opioïdes, en particulier le récepteur mu.³

L'activation de ces systèmes peut diminuer fortement la perception de la douleur. C'est précisément ce qui rend la morphine médicalement essentielle. Mais les mêmes systèmes interviennent aussi dans la récompense et dans le contrôle de fonctions automatiques. À dose suffisamment élevée, certains opioïdes ralentissent la respiration jusqu'à provoquer une hypoxie, un coma et la mort.

Le danger dépend donc moins d'une opposition entre « opioïde médical » et « opioïde de rue » que de plusieurs variables : molécule, puissance, dose, tolérance, formulation, voie d'administration, associations et possibilité d'obtenir rapidement de la naloxone ou une assistance respiratoire.³

La puissance pharmacologique doit elle aussi être interprétée correctement. Le fentanyl est actif à des doses beaucoup plus faibles que la morphine ; cela rend les erreurs de dosage particulièrement dangereuses lorsque la quantité réellement présente est inconnue. Mais « plus puissant » ne signifie pas simplement « plus addictif » selon une échelle linéaire. Puissance, vitesse d'effet, contexte et répétition interagissent.

Stimulants : cocaïne et amphétamines ne font pas la même chose

La cocaïne et les amphétamines sont souvent regroupées sous le mot « stimulants ». Elles peuvent toutes deux augmenter la vigilance, l'énergie, la fréquence cardiaque et la signalisation monoaminergique. Pourtant, leur pharmacologie n'est pas identique.^{4,5}

La cocaïne bloque notamment les transporteurs chargés de recapter la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine. Les neurotransmetteurs restent alors plus longtemps disponibles dans l'espace synaptique. Son effet très rapide, particulièrement lorsqu'elle est fumée ou injectée, participe à son potentiel de renforcement.^{4,5}

Les amphétamines peuvent elles aussi agir sur les transporteurs monoaminergiques, mais elles favorisent davantage la libération et peuvent inverser certains flux de transport, augmentant la présence de monoamines dans la synapse par un mécanisme différent.

Cette différence est importante parce qu'elle montre pourquoi dire « les deux augmentent la dopamine » est exact mais insuffisant. Une description fonctionnelle commune peut masquer des pharmacocinétiques, des durées d'action, des effets périphériques et des profils de risque différents.^{4,5}

Les stimulants peuvent également produire l'anxiété, l'insomnie, l'augmentation cardiovasculaire et, à forte dose ou lors d'usages prolongés, l'agitation ou les symptômes psychotiques. Là encore, le mécanisme ne permet pas à lui seul de prédire l'expérience d'une personne : la dose, le sommeil, la vulnérabilité et le contexte comptent.

Nicotine, caféine et cannabis : trois mécanismes, trois expériences

La nicotine agit principalement sur les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine. Leur activation modifie l'activité de nombreux neurones et peut favoriser la libération de plusieurs neurotransmetteurs, dont la dopamine. La cigarette délivre rapidement la nicotine au cerveau, ce qui renforce l'association entre inhalation, gestes, signaux environnementaux et effet pharmacologique.⁶⁻⁸

Cette rapidité aide à comprendre pourquoi la voie d'administration compte autant. La nicotine délivrée lentement par certains traitements de substitution n'a pas exactement le même profil de renforcement qu'une inhalation répétée de fumée de cigarette, même si la molécule active est la même.⁶⁻⁸

La caféine suit une autre voie. Aux doses courantes, son mécanisme principal est l'antagonisme des récepteurs de l'adénosine. En bloquant un système qui participe notamment à la pression de sommeil, elle augmente l'éveil et réduit la sensation de fatigue. Son effet stimulant n'a donc pas besoin d'être expliqué comme une injection directe de dopamine.⁶⁻⁸

Le cannabis diffère encore. Le THC agit principalement sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 du système endocannabinoïde. Ces récepteurs participent à la mémoire, la perception, l'appétit, la motricité, la douleur et de nombreuses autres fonctions. Les effets peuvent donc mêler relaxation, modifications sensorielles, altération de la mémoire à court terme ou, chez certaines personnes et dans certains contextes, anxiété et réactions désagréables.

Mettre nicotine, caféine et cannabis sous le même mot de substance psychoactive est utile pour certaines comparaisons.

Cela ne signifie pas que leurs cerveaux « voient » la même substance ni qu'ils produisent les mêmes apprentissages.

Alcool et benzodiazépines : deux dépresseurs, des mécanismes distincts

L'alcool et les benzodiazépines peuvent tous deux provoquer sédation, diminution de l'anxiété, ralentissement des réactions et troubles de la coordination. Cette similitude d'effets ne signifie pas identité pharmacologique.^{1,2,13}

Les benzodiazépines sont des modulateurs allostériques positifs des récepteurs GABA-A. Elles ne se substituent pas simplement au GABA : elles augmentent l'effet inhibiteur de ce neurotransmetteur lorsque celui-ci agit sur certains récepteurs.^{1,2,13}

L'alcool possède une pharmacologie plus diffuse. Il influence notamment la transmission GABAergique et glutamatergique mais aussi de nombreux autres systèmes et canaux. Ses effets sur la mémoire, le jugement, l'équilibre ou la coordination résultent de cette action distribuée.

Cette différence n'empêche pas les interactions de devenir dangereuses. Combiner plusieurs dépresseurs du système nerveux central peut produire une sédation plus profonde que prévue. L'association d'opioïdes avec des benzodiazépines ou de l'alcool augmente particulièrement le risque de dépression respiratoire et de surdosage.^{1,2,13}

Le fait que deux produits soient prescrits ou légalement disponibles ne protège donc pas contre leur interaction. La sécurité dépend de la combinaison réelle, pas seulement du statut séparé de chaque produit.

Psychédéliques et dissociatifs : changer la perception par des voies différentes

Les substances capables de modifier profondément la perception et le sentiment de soi fournissent un autre exemple de catégories trompeuses. Le langage courant les regroupe volontiers sous « hallucinogènes ». Cette famille descriptive contient pourtant des mécanismes très différents.^{9,10}

Les psychédéliques classiques comme le LSD, la psilocybine, la mescaline ou le DMT exercent une grande partie de leurs effets subjectifs par activation des récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{2A}, même si d'autres récepteurs peuvent également participer selon la molécule.^{9,10}

Les dissociatifs comme la kétamine appartiennent à une autre logique pharmacologique. La kétamine agit principalement comme antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA du glutamate, avec des effets secondaires sur d'autres cibles. Son profil dissociatif et anesthésique ne peut donc pas être réduit au mécanisme sérotoninergique des psychédéliques classiques.^{9,10}

Deux personnes peuvent ainsi décrire des transformations radicales de perception après deux produits que le langage courant place dans une même catégorie, alors que les mécanismes moléculaires principaux sont distincts.

Cette différence compte aussi pour la médecine. Les effets thérapeutiques étudiés pour la psilocybine et ceux étudiés pour la kétamine ne peuvent pas être supposés interchangeables simplement parce que les deux peuvent produire des états inhabituels de conscience.

Dose, voie d'administration et vitesse : la même molécule n'est pas toujours la même exposition

La pharmacologie ne dépend pas seulement de ce que l'on prend. Elle dépend de la manière dont la substance arrive dans l'organisme.^{11,12}

Avaler, inhaler, fumer, sniffer ou injecter ne produit pas la même courbe de concentration dans le sang ni la même vitesse d'arrivée au cerveau. Une montée rapide peut produire un effet subjectif plus intense et renforcer plus fortement l'association entre geste et récompense.

Les recherches sur la pharmacocinétique de l'addiction soulignent précisément l'importance de la vitesse et de la fréquence. Une substance produisant des pics cérébraux rapides et répétés n'expose pas le cerveau au même signal qu'une formulation délivrant lentement la même molécule.^{11,12}

La cocaïne illustre bien ce principe : l'effet fumé ou injecté arrive beaucoup plus rapidement que par une voie plus lente. La nicotine aussi : la cigarette fournit des impulsions rapides et répétées, tandis qu'un patch produit une exposition plus progressive.

Cette observation explique pourquoi un classement basé uniquement sur le nom de la substance perd une partie importante du risque. La formulation et la voie sont des variables pharmacologiques à part entière.

Tolérance et sevrage : le cerveau s'adapte

L'usage répété peut modifier la réponse du système nerveux. Une tolérance apparaît lorsqu'une dose donnée produit moins d'effet qu'auparavant, conduisant parfois à augmenter la quantité pour obtenir le même résultat.^{1,11,12}

Le sevrage désigne les symptômes pouvant apparaître lorsque l'exposition répétée cesse ou diminue brutalement. Leur nature dépend du produit et des adaptations physiologiques : anxiété, irritabilité, troubles du sommeil, symptômes physiques, ou dans certains cas complications médicales graves.^{1,11,12}

Ces phénomènes montrent que le cerveau et le corps ajustent leur fonctionnement à la présence répétée d'une substance. Mais ils ne doivent pas être confondus automatiquement avec l'addiction.

Un patient traité durablement par certains médicaments peut développer tolérance et dépendance physique sans présenter nécessairement une perte de contrôle ou une recherche compulsive. Inversement, une addiction peut s'organiser autour d'un comportement ne provoquant aucun sevrage pharmacologique classique, comme le jeu d'argent.^{1,11,12}

La neuroadaptation appartient donc à l'histoire biologique de l'exposition ; l'addiction décrit une transformation plus large du comportement, de la motivation et du contrôle. Le prochain chapitre devra précisément expliquer comment ces niveaux se rencontrent.

La dopamine n'est pas le plaisir en bouteille

Aucune simplification n'est plus répandue que celle qui présente la dopamine comme « la molécule du plaisir ». Elle est séduisante parce qu'elle semble réunir cocaïne, nicotine, alcool, jeux d'argent, nourriture ou réseaux sociaux sous une cause unique.^{1,4,6,14}

La dopamine joue effectivement un rôle majeur dans la motivation, l'apprentissage, la saillance des signaux et le renforcement. De nombreuses drogues susceptibles d'être addictives augmentent, directement ou indirectement, la

signalisation dopaminergique dans des circuits de récompense.
1,4,6,14

Mais cette convergence ne signifie pas que la dopamine soit le plaisir lui-même. Les expériences agréables mobilisent plusieurs systèmes, notamment opioïdes endogènes, cannabinoïdes et autres mécanismes. La dopamine intervient fortement dans ce qui doit être appris, anticipé et recherché.
1,4,6,14

Elle ne constitue pas non plus un test d'addiction. Des activités normales et nécessaires produisent des signaux dopaminergiques. La présence de dopamine ne permet donc pas de conclure qu'une activité est une drogue, pathologique ou équivalente à la cocaïne.

Enfin, toutes les drogues ne produisent pas leurs effets subjectifs principalement par une augmentation dopaminergique. Les psychédéliques classiques sont un rappel particulièrement net : leur mécanisme central se situe surtout dans la signalisation sérotoninergique 5-HT_{2A}.

La question utile n'est donc pas « combien de dopamine cela libère-t-il ? » mais : quelle cible pharmacologique est modifiée, à quelle vitesse, dans quels circuits, avec quelles adaptations et avec quels apprentissages comportementaux ?

Les mélanges créent des risques que chaque produit isolé ne suffit pas à prédire

Les substances ne sont pas toujours consommées seules. Or l'effet d'un mélange n'est pas nécessairement la simple addition intuitive de deux effets.¹³

L'exemple le plus important est celui des déprimeurs. Les opioïdes peuvent ralentir la respiration ; les benzodiazépines et

l'alcool produisent sédation et dépression du système nerveux central. Leur combinaison peut accroître fortement le risque de sédation profonde, de coma et de dépression respiratoire.¹³

D'autres associations modifient la perception des signaux corporels. Un stimulant peut masquer une partie de la somnolence liée à un dépresseur sans supprimer la toxicité sous-jacente. Une personne peut alors croire qu'elle « compense » un produit alors qu'elle complexifie l'intoxication.

Les interactions concernent également des médicaments ordinaires. Une évaluation sérieuse du risque doit donc connaître la combinaison réelle et non examiner chaque substance séparément comme si elle agissait dans un organisme vide.

La pharmacologie crée des possibilités, pas un destin

Ce chapitre pourrait conduire à une nouvelle erreur : croire qu'une fois les récepteurs identifiés, le comportement devient entièrement prévisible.¹⁴

La pharmacologie fixe des possibilités et des contraintes. Un opioïde peut déprimer la respiration ; une benzodiazépine potentialise la transmission GABAergique ; un stimulant modifie les monoamines ; un psychédélique classique agit fortement sur la signalisation 5-HT_{2A}. Ces mécanismes sont réels.¹⁴

Mais ils ne déterminent pas seuls qui développera une addiction, dans quelles circonstances un usage se répétera, quel sens la personne donnera à l'expérience ni quels dommages sociaux apparaîtront.

La même substance peut être utilisée une fois, occasionnellement, médicalement, de manière intensive ou

compulsive. L'exposition peut être sûre dans certaines conditions et dangereuse dans d'autres. Un produit de composition connue n'expose pas aux mêmes incertitudes qu'un mélange clandestin. Une administration lente ne renforce pas nécessairement de la même façon qu'une montée très rapide.

La biologie n'annule donc ni le contexte ni l'apprentissage. Elle fournit la matière sur laquelle ils agissent.

Nous pouvons maintenant formuler le problème du chapitre suivant. Si les substances ont des mécanismes pharmacologiques propres, pourquoi certaines personnes passent-elles d'un usage contrôlé à une recherche de plus en plus prioritaire et difficile à arrêter, tandis que d'autres ne le font pas ?

C'est là que commence réellement la question de l'addiction.

Notes et sources

[1] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), ressources « Neuroscience: The Brain in Addiction and Recovery » et « Alcohol and the Brain ». Elles décrivent l'implication de dopamine, GABA, glutamate, peptides opioïdes et autres systèmes dans l'alcool et le cycle addictif. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/neuroscience-brain-addiction-and-recovery-process>

[2] Abrahao, K. P. et al., « Alcohol mechanisms in the central nervous system », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* / PMC. Revue des multiples cibles de l'éthanol : GABA-A, NMDA/glutamate, glycine, récepteurs nicotiniques, sérotonine et canaux ioniques. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4065474/>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Opioid overdose ». Les opioïdes activent des systèmes pouvant produire analgésie, euphorie et dépression respiratoire ; le surdosage est caractérisé notamment par une respiration difficile. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

[4] Revue : « Pharmacological mechanisms of cocaine », et littérature sur les transporteurs monoaminergiques. La cocaïne inhibe notamment la recapture de dopamine, noradrénaline et sérotonine. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3005000/>

- [5] SAMHSA/NCBI Bookshelf, Treatment for Stimulant Use Disorders, chapitre pharmacologie des stimulants : différences de mécanismes, importance de la voie d'administration et de la vitesse d'effet.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576548/>
- [6] Benowitz, N. L., travaux sur la pharmacologie de la nicotine et les récepteurs nicotiniques ; rôle de la vitesse d'administration dans le renforcement.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2946180/>
- [7] Temple, J. L. et al., « The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review », 2017. La caféine agit principalement comme antagoniste des récepteurs de l'adénosine aux doses usuelles. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5445139/>
- [8] National Institute on Drug Abuse (NIDA), ressources sur cannabis/cannabinoïdes : le THC agit principalement sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et modifie mémoire, motricité, appétit, perception et autres fonctions. <https://nida.nih.gov/research-topics/cannabis-marijuana>
- [9] Revue « Classic Psychedelic Drugs: Update on Biological Mechanisms », 2022. Les psychédéliques classiques exercent une grande partie de leurs effets via les récepteurs 5-HT_{2A}, sans s'y réduire entièrement.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9110100/>
- [10] Revue pharmacologique sur la kétamine : les dissociatifs comme la kétamine et le PCP agissent principalement comme antagonistes des récepteurs NMDA du glutamate, à distinguer des psychédéliques sérotoninergiques.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3952483/>
- [11] Allain, F. et al., « How fast and how often: the pharmacokinetics of drug use are decisive in addiction », Neuroscience & Biobehavioral Reviews. La vitesse d'arrivée au cerveau et la fréquence des pics d'exposition modifient le renforcement et les neuroadaptations. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090815/>
- [12] Revue « Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health harms », Drug and Alcohol Review. La voie d'administration influence fortement vitesse d'effet, intensité et risques.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39247388/>
- [13] U.S. Food and Drug Administration, avertissement sur l'association opioïdes/benzodiazépines/autres déprimeurs du système nerveux central : augmentation du risque de sédation profonde, dépression respiratoire, coma et décès. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-requires-strong-warnings-opioid-analgesics-prescription-opioid-cough-products-and-benzodiazepine>
- [14] Les descriptions mécanistiques de ce chapitre sont volontairement schématiques : chaque substance possède des cibles secondaires, des métabolites,

des différences de dose et des effets variables. Elles ne doivent donc pas être lues comme si toutes les drogues agissaient de la même façon.

Chapitre 7 — Quand l'usage devient addiction

Le chapitre précédent a montré que les substances n'agissent pas toutes par les mêmes mécanismes. Pourtant, des produits aussi différents que l'alcool, la nicotine, les opioïdes, la cocaïne ou certains stimulants peuvent conduire, chez une partie des usagers, à une transformation comparable : l'usage prend une place croissante, devient plus difficile à contrôler et se poursuit malgré des conséquences que la personne elle-même peut reconnaître.^{1,2}

C'est ce passage qu'il faut comprendre. Il ne suffit pas de dire qu'une drogue « accroche » le cerveau. La plupart des personnes exposées à une substance ne suivent pas toutes la même trajectoire. Certaines expérimentent puis arrêtent. D'autres restent dans un usage occasionnel ou contrôlé. Certaines augmentent leur consommation puis la réduisent. D'autres encore développent un trouble durable.

Les standards internationaux de traitement de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime insistent sur cette interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La dépendance y est définie par une régulation altérée de l'usage : perte de contrôle, priorité croissante accordée à la substance, poursuite malgré les conséquences, avec pour certaines substances des signes physiologiques comme tolérance ou sevrage.^{1,2}

Cette définition déplace immédiatement la question. L'addiction n'est ni une quantité fixe de drogue consommée, ni un simple syndrome de sevrage, ni une faiblesse morale. Elle concerne une transformation de la relation entre une personne,

une récompense, ses apprentissages, son environnement et sa capacité à organiser ses choix.^{1,2}

Du renforcement à la répétition

Un comportement a davantage de chances d'être répété lorsqu'il produit un effet perçu comme récompensant ou lorsqu'il supprime un état désagréable. C'est le principe général du renforcement.^{2,3}

Au début d'un usage, cette récompense peut être très concrète : euphorie, soulagement de la douleur, diminution de l'anxiété, stimulation, sociabilité ou simple curiosité satisfaite. Lorsque l'effet est rapide et prévisible, le cerveau apprend progressivement qu'une action donnée - boire, fumer, avaler, sniffer ou injecter - permet d'obtenir cet état.

Les substances capables de produire des effets intenses et rapides peuvent rendre cet apprentissage particulièrement puissant. La pharmacocinétique compte : une montée rapide associe étroitement le geste, le contexte et l'effet. Mais l'apprentissage ne dépend pas seulement de l'intensité du plaisir. Réduire une souffrance, supprimer un manque ou éviter un sevrage peut également renforcer très fortement le comportement.^{2,3}

Cette distinction entre renforcement positif et renforcement négatif est importante. Dans le premier cas, la personne répète parce qu'elle obtient quelque chose de recherché. Dans le second, elle répète parce qu'elle fait disparaître ou diminue quelque chose de pénible. Avec le temps, une consommation commencée pour produire de l'euphorie peut se poursuivre surtout pour éviter anxiété, malaise ou symptômes de sevrage.^{2,3}

Le changement de fonction est l'un des signes que l'usage n'est plus organisé exactement comme au départ.

Les signaux apprennent eux aussi

L'apprentissage ne concerne pas seulement la substance. Les lieux, personnes, objets, odeurs, horaires, émotions ou gestes qui accompagnent régulièrement l'usage peuvent devenir des signaux prédictifs.⁴⁻⁶

Un bar, un paquet de cigarettes, une musique, une rue, une notification, une dispute ou même un état interne de stress peuvent finir par déclencher anticipation et envie. Des décennies de travaux précliniques et humains montrent que les signaux associés aux drogues peuvent provoquer craving et activation des circuits liés à la motivation.⁴⁻⁶

Une méta-analyse prospective publiée en 2022 a conclu que les mesures de réactivité aux signaux et de craving étaient associées à l'usage futur et au risque de rechute, même si leur pouvoir prédictif varie selon les méthodes, les substances et les personnes.⁴⁻⁶

Cette variabilité est essentielle. Deux individus exposés au même signal ne réagissent pas nécessairement de la même manière. Les recherches montrent des différences importantes dans la tendance de certains signaux récompensants à acquérir une valeur motivationnelle forte.

L'addiction ne doit donc pas être représentée comme une molécule qui resterait simplement dans le cerveau. Une partie de sa persistance réside dans l'apprentissage : le monde autour de la consommation devient progressivement chargé de rappels et de promesses.

Du plaisir à la saillance

La dopamine réapparaît ici, mais dans un rôle plus précis que celui de « molécule du plaisir ». Les systèmes

dopaminergiques participent notamment à l'apprentissage des récompenses, à l'anticipation et à la valeur motivationnelle accordée aux signaux.⁴⁻⁶

Avec la répétition, un signal annonçant la substance peut devenir suffisamment important pour capter l'attention et orienter le comportement avant même que le produit ne soit consommé. On parle parfois de saillance incitative : certains indices acquièrent la capacité de « vouloir » ou de faire rechercher la récompense.⁴⁻⁶

Cette motivation peut diverger du plaisir réel obtenu. Une personne peut continuer à vouloir fortement une substance qui lui procure moins de plaisir qu'auparavant, notamment lorsque tolérance, habitudes et conséquences négatives se sont installées.⁴⁻⁶

Cette distinction explique pourquoi le raisonnement « si ça ne lui faisait plus plaisir, elle arrêterait » est trop simple. L'usage peut être entretenu par l'anticipation, l'habitude, le soulagement d'un état négatif, le sevrage, les signaux environnementaux et des apprentissages devenus très puissants.

Quand la récompense se transforme en soulagement

Les modèles contemporains de l'addiction décrivent souvent un cycle dans lequel la récompense initiale n'est qu'un des moteurs.³

Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism présente, pour l'alcool mais avec un modèle largement utilisé en neurosciences de l'addiction, trois domaines qui se renforcent : récompense et habitudes pendant l'intoxication ; état émotionnel négatif pendant le sevrage ; puis préoccupation,

anticipation et difficultés de contrôle impliquant les fonctions exécutives.³

Dans cette dynamique, l'absence de substance peut progressivement devenir plus désagréable. Stress, irritabilité, anxiété, dysphorie ou inconfort physique augmentent la valeur du soulagement procuré par une nouvelle prise.

L'usage cesse alors d'être seulement orienté vers un gain. Il devient aussi une manière de revenir à un état supportable.

Cette transformation ne se produit pas de façon identique avec toutes les substances ni chez toutes les personnes. Elle fournit néanmoins un mécanisme capable d'expliquer pourquoi l'usage peut persister même lorsque l'effet euphorique initial s'est affaibli.

Tolérance, sevrage et addiction : trois notions à séparer

La tolérance signifie qu'une même dose produit moins d'effet ou qu'une dose plus importante devient nécessaire pour obtenir un effet comparable. Le sevrage désigne les symptômes apparaissant après réduction ou arrêt d'une exposition répétée. Ces phénomènes témoignent d'une adaptation physiologique.¹

Ils peuvent accompagner une addiction, mais ils ne suffisent pas à la définir.

Une personne traitée durablement par certains opioïdes, benzodiazépines ou autres médicaments peut développer une dépendance physique sans présenter nécessairement une recherche compulsive, une perte majeure de contrôle ou une réorganisation de sa vie autour du produit.

Inversement, le chapitre suivant montrera qu'un comportement comme le jeu d'argent peut devenir addictif sans syndrome de sevrage pharmacologique classique.¹

La définition de l'OMS est donc utile : pour certaines substances, les signes physiologiques constituent un élément possible de la dépendance, mais le noyau concerne aussi le contrôle de l'usage, sa priorité croissante et sa persistance malgré le dommage.¹

Cette distinction évite de pathologiser automatiquement tout patient présentant un sevrage médicamenteux et, à l'inverse, de sous-estimer une addiction simplement parce que le sevrage physique paraît limité.

La capacité de contrôle n'est pas un interrupteur

Le langage de la « perte de contrôle » peut donner l'impression qu'une personne passe soudainement de la liberté totale à l'absence complète de choix. La réalité est généralement plus graduelle.^{1,2}

Le contrôle peut se fragiliser dans certains contextes et rester plus fort dans d'autres. Une personne peut parvenir à ne pas consommer pendant le travail mais perdre régulièrement le contrôle le soir ; éviter une substance pendant des semaines puis rechuter dans un contexte associé ; réduire certaines formes d'usage sans parvenir à arrêter complètement.^{1,2}

Les recherches sur l'addiction décrivent des altérations de systèmes liés au jugement, à la prise de décision, à l'inhibition et à l'apprentissage. Mais cela ne signifie pas que toute agency disparaît ni que tous les comportements deviennent mécaniques.

Cette nuance est importante pour le soin autant que pour le droit. Décrire une capacité de contrôle altérée ne revient ni à condamner moralement la personne ni à la transformer en automate dépourvu de toute responsabilité ou possibilité de changement.

L'addiction modifie les conditions dans lesquelles un choix est effectué. Elle n'annule pas le fait que des changements, traitements, soutiens et réorganisations de l'environnement puissent restaurer du contrôle.

Pourquoi certaines personnes et pas d'autres ?

C'est probablement la question la plus difficile : pourquoi deux personnes exposées au même produit développent-elles des trajectoires différentes ?^{2,7,8}

La réponse actuelle n'est pas un facteur unique. NIDA souligne qu'aucun déterminant isolé ne permet de prédire qui développera une addiction. La vulnérabilité résulte d'une combinaison de facteurs biologiques, développementaux et environnementaux.^{2,7,8}

Les études de familles et de jumeaux montrent une contribution génétique importante aux troubles addictifs, avec une héritabilité qui varie selon les substances et les populations étudiées. Mais « héritabilité » ne signifie pas destin individuel. Elle décrit une part de variation statistique dans une population donnée et dépend elle-même de l'environnement.^{2,7,8}

L'environnement intervient à plusieurs niveaux : disponibilité du produit, normes sociales, exposition familiale, pairs, stress, pauvreté, violence, soutien social, qualité du logement, accès aux soins et possibilités alternatives de récompense.

Ces dimensions interagissent. Les recherches en génétique de l'addiction insistent justement sur les interactions entre gènes et environnement : une prédisposition peut s'exprimer davantage dans certains contextes, tandis qu'un environnement protecteur peut réduire l'exposition ou atténuer le risque.

Il serait donc faux de chercher « le gène de l'addiction » aussi bien que « la cause sociale de l'addiction ». Plusieurs niveaux contribuent simultanément.

L'adolescence : vulnérabilité et exposition

L'âge auquel l'usage commence compte également, mais là encore sans déterminisme.

L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période de développement pendant laquelle les systèmes de récompense, de contrôle et de décision continuent de se transformer. Les environnements de pairs, l'expérimentation et l'accès aux produits jouent parallèlement un rôle important.⁹

NIDA souligne que les expériences précoces de stress ou de traumatisme, l'exposition prénatale, le manque de supervision et l'association à des pairs consommateurs peuvent accroître la vulnérabilité, tandis que soutien familial, compétences sociales, environnement scolaire et autres facteurs protecteurs peuvent la réduire.⁹

Commencer jeune n'établit pas qu'une addiction apparaîtra. Cela augmente toutefois l'importance des trajectoires développementales et de la prévention. L'objectif n'est pas de traiter l'adolescent comme un cerveau déficient, mais de reconnaître qu'exposition, apprentissage et maturation se produisent en même temps.⁹

Stress, traumatisme et contexte ne sont pas des excuses causales universelles

Le lien entre stress, traumatisme et troubles liés aux substances est bien documenté. Il serait cependant dangereux de transformer cette association en diagnostic automatique.^{2,9}

Toutes les personnes ayant vécu un traumatisme ne développent pas d'addiction, et toutes les personnes dépendantes n'ont pas une histoire traumatique identifiable. Les expériences adverses augmentent un risque dans certaines populations et peuvent modifier la régulation du stress, les émotions et les stratégies de coping ; elles n'expliquent pas chaque trajectoire individuelle.

La même prudence vaut pour la pauvreté et la précarité. Elles peuvent augmenter l'exposition au stress, réduire l'accès au soin, limiter les alternatives et aggraver les conséquences d'un usage, mais elles ne définissent ni une personne ni une causalité unique.

Une analyse sérieuse doit donc distinguer facteur de risque, mécanisme possible et cause établie dans un cas particulier.

Le produit compte toujours

Insister sur le contexte ne doit pas faire disparaître la pharmacologie. Les substances ne sont pas interchangeables.

Leur vitesse d'arrivée au cerveau, leur puissance, leur durée d'action, la présence d'un sevrage, le niveau de tolérance et le profil de renforcement modifient la probabilité qu'un usage se répète et la manière dont il évolue.²

Une formulation délivrant lentement une molécule n'a pas le même potentiel de renforcement qu'une voie produisant des pics rapides. Une substance provoquant un sevrage intense peut

créer une forte motivation négative à reprendre. Une substance à courte durée d'action peut conduire à des prises répétées rapprochées.²

La transition vers l'addiction est donc mieux comprise comme une interaction : produit, personne, apprentissage et environnement.

Supprimer l'un de ces pôles produit une explication incomplète.

Addiction, trouble et continuum

Le langage courant parle volontiers d'une frontière nette entre « addict » et « non-addict ». Les classifications cliniques contemporaines décrivent plutôt un ensemble de symptômes et de niveaux de sévérité.^{1,10}

Le DSM-5 a regroupé abus et dépendance dans la catégorie plus générale des troubles liés à l'usage de substances, avec une gradation selon le nombre de critères présents. L'ICD-11 distingue notamment le schéma nocif d'usage et la dépendance, tout en reconnaissant d'autres troubles liés aux substances.^{1,10}

Ces différences de classification ne sont pas seulement terminologiques. Elles rappellent qu'un usage peut produire des dommages avant qu'une dépendance complète soit constituée, et qu'une personne peut présenter plusieurs degrés de difficulté.^{1,10}

Le mot « addiction » est souvent utilisé comme terme général pour les formes les plus compulsives et prioritaires de ces troubles. Dans ce livre, nous l'emploierons lorsqu'il est utile pour décrire cette transformation du contrôle et de la priorité, sans prétendre remplacer les catégories diagnostiques précises.

La rechute n'annule pas le changement

Une autre idée simpliste consiste à considérer toute reprise d'usage comme preuve que la personne n'avait jamais réellement changé.^{4,5}

Les apprentissages associés à la consommation peuvent persister longtemps. Les signaux, le stress, une nouvelle exposition ou un contexte ancien peuvent réactiver craving et comportement après une période d'abstinence.^{4,5}

Cela ne signifie pas que la rechute soit inévitable. Les facteurs qui entretiennent l'usage peuvent être modifiés : traitements pharmacologiques, thérapies comportementales, soutien social, modification de l'environnement, réduction de l'exposition aux signaux, stratégies de gestion du stress ou traitements des troubles associés.

La possibilité de rechute fait donc partie de la compréhension du trouble ; elle ne transforme pas la personne en prisonnière définitive de son cerveau.

Cette distinction sera centrale dans le chapitre consacré au soin : traiter l'addiction comme un phénomène durable et récidivant ne signifie pas renoncer à l'autonomie ni nier les trajectoires de rétablissement.

De la drogue à l'addiction - puis de l'addiction à autre chose que la drogue

Nous pouvons maintenant revenir au point de départ de cette partie.

Le chapitre 5 a montré que l'usage peut répondre à des fonctions très diverses. Le chapitre 6 a montré que les substances agissent par des mécanismes pharmacologiques distincts. Le présent chapitre explique pourquoi, dans certaines

trajectoires, récompense, soulagement, apprentissage, neuroadaptation, signaux et vulnérabilités finissent par réorganiser la priorité du comportement.

Aucune de ces dimensions n'est suffisante seule.

Ce résultat prépare une question décisive. Si l'addiction dépend en partie du renforcement, de l'apprentissage, de la saillance des signaux, de la perte de contrôle et de la poursuite malgré les conséquences, une substance psychoactive est-elle absolument nécessaire ?

Le jeu d'argent oblige à répondre non.

C'est pourquoi le chapitre suivant déplacera encore une fois la frontière : de l'addiction aux drogues vers l'addiction sans drogue.

Notes et sources

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS) et Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC), International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, édition révisée. La dépendance est décrite comme une interaction dynamique de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, avec contrôle altéré, priorité croissante, poursuite malgré les conséquences et, pour certaines substances, tolérance/sevrage.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331635/9789240002197-eng.pdf>

[2] National Institute on Drug Abuse (NIDA), Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. NIDA souligne qu'aucun facteur isolé ne détermine qui développe une addiction et décrit l'interaction entre facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>

[3] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), « The Cycle of Alcohol Addiction ». Modèle en trois domaines : récompense/habitudes, état émotionnel négatif et fonctions exécutives/préoccupation.

<https://www.niaaa.nih.gov/publications/cycle-alcohol-addiction>

[4] Vafaie, N. et al., « Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis », JAMA Psychiatry, 2022. Les mesures de réactivité aux signaux et de craving sont prospectivement associées à

l'usage et à la rechute, avec hétérogénéité des effets.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9161117/>

[5] Perry, C. J. et al., « Role of cues and contexts on drug-seeking behaviour », *British Journal of Pharmacology*, 2014. Revue du rôle des signaux et contextes associés aux drogues dans l'apprentissage et la recherche de substance.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4209936/>

[6] Robinson, T. E. et al., « Individual variation in resisting temptation: implications for addiction », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2014. Les individus diffèrent dans la valeur motivationnelle acquise par les signaux de récompense.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3732519/>

[7] Ducci, F. & Goldman, D., « The Genetic Basis of Addictive Disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, 2012. Revue des contributions génétiques et environnementales et de leur variation selon les substances et le développement.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3506170/>

[8] Agrawal, A. et al., « Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders ». Revue des interactions entre vulnérabilité génétique, environnement et exposition aux substances.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3297622/>

[9] National Institute on Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment*. L'adolescence combine développement cérébral, exposition sociale, vulnérabilités et facteurs protecteurs ; stress précoce, traumatismes, pairs et supervision sont des facteurs de risque, sans déterminisme individuel.

<https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/podat-guide-adolescents-508.pdf>

[10] Les termes « addiction », « dépendance » et « trouble lié à l'usage » ne sont pas parfaitement interchangeables entre classifications. Le chapitre utilise « addiction » comme terme général de la transformation compulsive et prioritaire du comportement, et renvoie aux catégories ICD-11/DSM lorsqu'un statut diagnostique précis est nécessaire.

Chapitre 8 — L'addiction sans drogue

Pendant longtemps, l'image la plus intuitive de l'addiction a été celle d'une substance qui s'empare progressivement de celui qui la consomme. Une molécule entre dans l'organisme, modifie le cerveau, procure un plaisir ou un soulagement, provoque une envie de recommencer et finit parfois par produire tolérance, dépendance et perte de contrôle. L'héroïne, la cocaïne, la nicotine ou l'alcool semblent correspondre assez naturellement à cette représentation.^{1,2}

Mais que reste-t-il de cette définition lorsqu'aucune substance n'est absorbée ?

Une personne peut jouer de l'argent jusqu'à perdre ses économies, mentir à ses proches, emprunter pour continuer, sacrifier son travail ou son logement, tenter d'arrêter puis recommencer malgré les conséquences. Rien n'a pourtant été injecté, fumé, bu ou avalé. Il n'existe pas de molécule "pari" qui traverserait la barrière hémato-encéphalique.

Et pourtant, le trouble du jeu d'argent est aujourd'hui classé avec les troubles addictifs. La Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé décrit les troubles dus à des comportements addictifs comme des syndromes associés à une détresse ou à une perturbation du fonctionnement résultant de comportements répétitifs et gratifiants autres que l'usage de substances entraînant une dépendance. Le trouble du jeu d'argent en fait explicitement partie.^{[1] 1,2}

Cette reconnaissance déplace profondément la question.

Si une addiction peut exister sans drogue, alors l'addiction ne peut pas être définie uniquement par la présence d'une

substance. Mais si nous élargissons trop facilement la catégorie, un problème inverse apparaît : tout plaisir répété risque de devenir une "addiction". Le sport, le sexe, la nourriture, les jeux vidéo, les réseaux sociaux, le travail, les achats, la musique ou même certaines relations humaines pourraient alors être décrits avec le même vocabulaire.

Nous n'aurions plus élargi une catégorie scientifique : nous l'aurions rendue presque inutilisable.

La difficulté consiste donc à comprendre ce que les addictions avec et sans substance possèdent réellement en commun, sans transformer leurs ressemblances en identité.

Quand le produit disparaît mais que la boucle demeure

Le jeu d'argent constitue le cas le plus clair pour commencer.

La plupart des personnes qui jouent ne développent pas un trouble du jeu. Jouer occasionnellement au loto, participer à une partie de poker ou miser sur une rencontre sportive n'est pas en soi une maladie. La distinction ne repose donc pas simplement sur l'existence du comportement.^{1,2}

La CIM-11 retient trois caractéristiques centrales : une altération du contrôle sur le jeu, une priorité croissante accordée au jeu au détriment d'autres activités, et la poursuite ou l'escalade du comportement malgré ses conséquences négatives. Le comportement doit en outre entraîner une altération significative du fonctionnement de la personne.^{[2] 1,2}

Cette définition est importante parce qu'elle déplace l'attention de l'objet vers la relation à l'objet.

Ce n'est pas la roulette qui est "addict" ni même le fait de miser qui constitue nécessairement l'addiction. Ce sont la

transformation du contrôle, de la priorité accordée au comportement et de sa persistance malgré les dommages qui deviennent déterminantes.

On retrouve ici des phénomènes familiers dans les addictions aux substances : anticipation, envie pressante, apprentissage de signaux associés à la récompense, répétition malgré les conséquences, tentatives infructueuses d'arrêt, réorganisation progressive du temps et des priorités autour de l'activité.

Mais la similitude ne signifie pas que la roulette agit comme de la cocaïne.

Dans une addiction à une substance, la molécule possède des effets pharmacologiques propres. Elle peut se fixer sur des récepteurs, modifier la transmission neuronale, produire directement une intoxication, entraîner une tolérance pharmacologique ou provoquer un syndrome de sevrage physiologique particulier. Rien de comparable n'est administré lors d'un pari.^{1,2}

Ce qui subsiste lorsque la substance disparaît est donc autre chose : la possibilité qu'un comportement gratifiant soit appris, anticipé, répété et progressivement privilégié au point de désorganiser la vie de celui qui le pratique.

C'est une première distinction essentielle pour l'ensemble de ce livre.

Une drogue peut participer à une addiction. Mais une addiction n'est pas simplement la présence d'une drogue.

Le piège de la dopamine

Cette distinction devient rapidement confuse dès qu'apparaît le mot "dopamine".⁴

Dans le langage courant, celle-ci est souvent présentée comme la "molécule du plaisir". Une activité agréable "donnerait de la dopamine" ; une drogue en donnerait davantage ; et toute activité provoquant suffisamment de dopamine pourrait donc être assimilée à une drogue.⁴

Cette représentation possède une part de vérité, mais elle simplifie tellement la neurobiologie qu'elle devient trompeuse.

La dopamine joue un rôle majeur dans les systèmes de motivation, de renforcement et d'apprentissage. Lorsqu'un événement important ou gratifiant survient, les signaux dopaminergiques participent notamment à l'apprentissage de ce qui mérite d'être recherché de nouveau. Les travaux de synthèse du National Institute on Drug Abuse insistent précisément sur ce point : le rôle de la dopamine dans l'addiction est fortement lié au renforcement et à l'apprentissage de la répétition, tandis que le plaisir implique également d'autres systèmes neurochimiques.^{[4] 4}

C'est une différence considérable.

Dire qu'un comportement mobilise la dopamine ne signifie donc ni qu'il est pathologique, ni qu'il constitue une addiction.

Manger lorsqu'on a faim, retrouver une personne aimée, écouter de la musique, découvrir quelque chose de nouveau ou réussir une tâche difficile mobilisent eux aussi des systèmes de récompense et d'apprentissage. Sans ces mécanismes, un organisme aurait précisément beaucoup de difficulté à apprendre quels comportements valent la peine d'être reproduits.

Le problème de l'addiction n'est pas l'existence de la récompense.

Il apparaît lorsque certains apprentissages et certaines motivations acquièrent une puissance et une priorité telles qu'ils commencent à concurrencer de manière persistante d'autres objectifs importants, tandis que la capacité de contrôle se dégrade et que le comportement persiste malgré ses conséquences.

Les drogues compliquent encore cette situation parce que certaines d'entre elles provoquent directement des modifications neurochimiques rapides et importantes. La vitesse d'arrivée dans le cerveau, la dose, la voie d'administration et les propriétés pharmacologiques de la substance comptent. Une cigarette, une injection d'opioïde, une ligne de cocaïne et un verre d'alcool ne produisent ni les mêmes changements ni la même temporalité.

Il serait donc faux de construire une échelle simple :

peu de dopamine = activité normale ; beaucoup de dopamine = addiction.

La neurobiologie réelle est beaucoup plus complexe.

Le jeu d'argent est justement intéressant parce qu'il permet d'observer des processus de récompense et d'apprentissage sans administration pharmacologique externe. Il aide ainsi à isoler une partie des mécanismes comportementaux que les drogues peuvent puissamment renforcer, sans les confondre avec l'action propre de ces drogues.

La bonne question n'est donc pas : "Est-ce que cela libère de la dopamine ?"

Comment cette récompense est-elle apprise ? Quels signaux l'annoncent ? Avec quelle fréquence peut-elle être recherchée ? Que se passe-t-il lorsque la personne veut s'arrêter ? Et quelle place le comportement finit-il par prendre dans sa vie ?

L'incertitude peut elle-même faire partie de la récompense

Le jeu d'argent révèle également quelque chose que la notion naïve de plaisir explique mal : nous ne répétons pas uniquement les comportements dont la récompense est certaine.^{2,4}

Au contraire, le résultat incertain peut devenir extrêmement puissant.

Le joueur ne sait pas si le prochain pari sera gagnant. La machine peut ne rien donner pendant plusieurs tours, puis produire soudainement une récompense. Un pari sportif peut maintenir l'incertitude pendant toute une rencontre. Les signaux visuels, sonores et contextuels qui entourent le jeu peuvent eux-mêmes acquérir une importance par apprentissage.

Le comportement n'est donc pas simplement :

action -> plaisir -> nouvelle action.

Il peut devenir :

signal -> anticipation -> action -> incertitude -> résultat -> interprétation -> envie de rejouer.

Une perte ne met d'ailleurs pas nécessairement fin à cette boucle.

Elle peut produire l'envie de "se refaire". Un résultat proche du gain peut être interprété comme la preuve qu'on était presque arrivé. Une série de pertes peut renforcer l'impression qu'un gain "doit" finir par arriver, même lorsque les événements sont indépendants. Certaines caractéristiques des jeux peuvent ainsi interagir avec les biais cognitifs, l'apprentissage et la prise de décision.

Ce point devient socialement important dès que le comportement est commercialisé.

L'OMS souligne le rôle de l'accessibilité, de la numérisation, du marketing et de la normalisation commerciale dans l'expansion des jeux d'argent. Elle souligne également que les dommages ne concernent pas seulement les joueurs, mais aussi leurs familles et leurs communautés.^{[2] 2,4}

Il faut toutefois résister à une conclusion trop rapide.

Ces observations ne prouvent pas que l'industrie crée mécaniquement une addiction chez toute personne exposée. Elles montrent quelque chose de plus précis : le comportement individuel ne peut pas être compris complètement en ignorant l'environnement dans lequel les occasions de le répéter sont organisées.

C'est un principe que nous retrouverons lorsque nous examinerons les drogues légales et illégales.

Une substance possède certaines propriétés. Une personne possède certaines vulnérabilités, motivations et ressources. Mais disponibilité, prix, vitesse d'accès, publicité, environnement social et forme du marché modifient également les conditions dans lesquelles l'usage peut se répéter.

L'addiction n'est alors ni entièrement dans le produit ni entièrement dans la personne. Elle émerge d'une relation.

Le jeu vidéo et la frontière entre passion et trouble

Le jeu vidéo ajoute une difficulté supplémentaire.

Des millions de personnes jouent beaucoup sans développer de pathologie. Certaines construisent des amitiés autour du jeu, y trouvent du défi, de la détente, un espace créatif ou même une

activité professionnelle. Passer beaucoup de temps à jouer ne suffit donc pas, à lui seul, à établir un trouble.^{1,3}

L'Organisation mondiale de la santé a néanmoins introduit le trouble du jeu vidéo dans la CIM-11 parmi les troubles dus à des comportements addictifs. Là encore, le critère décisif n'est pas simplement la fréquence. La définition repose sur une perte de contrôle, une priorité croissante accordée au jeu et sa poursuite malgré les conséquences, avec une altération significative de domaines importants de la vie. L'OMS précise aussi que ce trouble ne concerne qu'une petite proportion des personnes qui jouent.^{[3] 1,3}

Ce cas protège contre deux erreurs opposées.

La première consiste à nier le problème : "puisque'il n'y a pas de substance, ce ne peut pas être une addiction".

La seconde consiste à pathologiser tout usage intensif : "puisque'une activité peut devenir addictive, toute pratique fréquente est déjà une addiction".

Aucune de ces positions ne résiste à la définition clinique.

Une passion peut occuper énormément de temps sans être une addiction. Une pratique exigeante peut même entraîner des sacrifices importants. Un musicien professionnel, un sportif de haut niveau ou un chercheur peuvent organiser une grande partie de leur existence autour de leur activité sans que cette centralité suffise à démontrer une perte de contrôle pathologique.

Inversement, une activité apparemment banale peut devenir profondément désorganisatrice chez certaines personnes.

Il faut donc revenir aux fonctions : contrôle, priorité, persistance malgré les dommages, souffrance ou altération réelle du fonctionnement.

Cette distinction sera fondamentale lorsque nous aborderons plus tard le statut politique des drogues. Dire qu'un produit peut provoquer une addiction ne revient jamais à dire que chaque personne qui l'utilise est dépendante. Le potentiel addictif d'une substance et la prévalence réelle du trouble chez ses utilisateurs sont deux questions différentes.

Le sucre : le cas qui résiste

Après le jeu d'argent et le jeu vidéo, le sucre semble constituer l'étape suivante évidente.

L'argument paraît séduisant : les aliments sucrés sont gratifiants ; ils peuvent être consommés malgré la volonté de réduire leur consommation ; certaines personnes déclarent des envies très fortes ; les systèmes de récompense interviennent ; pourquoi ne pas parler simplement d'"addiction au sucre" ?⁵

C'est précisément ici que notre raisonnement doit accepter d'être mis à l'épreuve.

Contrairement au trouble du jeu d'argent et au trouble du jeu vidéo, l'addiction alimentaire ou l'addiction aux aliments ultra-transformés ne constitue actuellement pas un diagnostic autonome reconnu dans les principales classifications médicales. La recherche existe, elle est importante et elle produit des résultats qui méritent d'être pris au sérieux, mais le statut scientifique n'est pas identique.^{[5] 5}

Il existe notamment une Yale Food Addiction Scale, qui transpose aux comportements alimentaires plusieurs critères utilisés pour les troubles liés aux substances : difficulté à réduire la consommation, craving, poursuite malgré les conséquences, détresse ou altération du fonctionnement. Des recherches observent chez certains individus des comportements répondant à plusieurs de ces critères.^{[5] 5}

Mais une difficulté fondamentale demeure : à quoi serait-on exactement dépendant ?

Au sucre ? Aux glucides raffinés ? Aux matières grasses ? À certaines associations de glucides raffinés et de lipides ? À leur densité énergétique ? À leur texture ? À leur rapidité d'absorption ? À une combinaison de propriétés sensorielles, biologiques et environnementales ?

Les travaux récents tendent d'ailleurs souvent à déplacer le débat du "sucre" pris isolément vers certains aliments ultra-transformés présentant plusieurs caractéristiques simultanées. Mais les chercheurs eux-mêmes soulignent les limites actuelles : identification incertaine des propriétés addictives pertinentes, chevauchements possibles avec des troubles alimentaires déjà reconnus, et nécessité de déterminer si la création d'un diagnostic distinct apporterait réellement quelque chose.^[5]

Ce cas est extrêmement précieux.

Il montre que nous ne devons pas décider qu'un phénomène est une addiction simplement parce qu'il ressemble à une addiction sous certains aspects.

La ressemblance doit être suffisamment précise pour être testable.

Sinon, le concept devient circulaire : "Pourquoi consomme-t-il beaucoup ? Parce qu'il est addict. Comment savons-nous qu'il est addict ? Parce qu'il consomme beaucoup."

Ce raisonnement n'explique rien.

La nourriture impose en outre une difficulté que les drogues illicites ne rencontrent généralement pas : on peut vivre sans cocaïne, mais pas sans manger.

Le comportement à réguler ne peut donc pas simplement disparaître. La question devient celle de certains aliments, de

certaines formes de consommation, de certaines vulnérabilités et de certaines transformations du contrôle.

C'est pourquoi le sucre doit rester ici un cas-frontière, non une preuve spectaculaire que même la nourriture serait une drogue.

Il est plus utile parce qu'il résiste à notre thèse que s'il la confirmait trop facilement.

Ce que signifie réellement addiction

Nous pouvons maintenant revenir à la question initiale.

Qu'avons-nous conservé lorsque la drogue a disparu ?

Pas une molécule. Pas nécessairement une intoxication. Pas nécessairement un syndrome de sevrage pharmacologique. Pas même, dans tous les cas, un plaisir particulièrement intense.^{1,3}

Ce qui demeure est une transformation possible de la relation entre récompense, apprentissage, motivation, contrôle, priorité et conséquence.

Cela ne signifie pas que toutes les addictions sont identiques.

Les addictions aux substances possèdent des mécanismes pharmacologiques spécifiques. Les comportements addictifs reconnus possèdent leurs propres mécanismes et contextes. Les facteurs individuels, sociaux et environnementaux diffèrent. Les possibilités de traitement diffèrent également.

L'unité du concept ne doit donc pas venir de l'idée qu'une seule cause agirait partout de la même façon.

Elle vient plutôt de l'existence d'une organisation suffisamment similaire du comportement et de ses conséquences pour justifier une catégorie commune dans certains cas.

On peut alors établir plusieurs distinctions que le reste de ce livre devra préserver :

- **Le plaisir n'est pas l'addiction.**
- **La récompense n'est pas l'addiction.**
- **La répétition n'est pas l'addiction.**
- **L'habitude n'est pas nécessairement l'addiction.**
- **La dépendance physique n'est pas nécessairement l'addiction.**
- **Et l'addiction n'exige pas nécessairement une drogue.**

Une activité agréable peut rester librement choisie et facilement abandonnée. Tout apprentissage humain dépend en partie de mécanismes de récompense et de motivation. Nous répétons des milliers d'activités utiles ou simplement appréciées. Une habitude peut être fortement automatisée tout en restant relativement contrôlable et sans conséquences importantes. Un organisme peut s'adapter physiologiquement à une substance prise médicalement et développer tolérance ou symptômes de sevrage sans que l'ensemble du comportement corresponde à une addiction. Et le jeu d'argent démontre de manière particulièrement nette que la présence d'une drogue n'est pas une condition nécessaire à toute addiction.^{1,3}

Ce chapitre nous oblige donc à abandonner deux définitions également insuffisantes.

Une addiction est ce qu'une drogue provoque. - Trop étroit.

Une addiction est toute activité très plaisante que nous répétons beaucoup. - Trop large.

Entre les deux apparaît une définition plus exigeante : un trouble dans lequel la recherche répétée d'une substance ou d'un comportement prend progressivement une priorité excessive, devient difficile à contrôler et persiste malgré des

conséquences suffisamment importantes pour altérer la vie de la personne.

Cette définition n'efface pas les différences de mécanismes. Elle permet de les comparer sans les confondre.

Et elle modifie profondément la suite de notre enquête.

Car si l'addiction n'est pas contenue tout entière dans la molécule, nous ne pouvons plus évaluer une politique uniquement en demandant : quelle substance faut-il interdire ?

- Dans quelles conditions l'usage devient-il problématique ?
- Quelles caractéristiques du produit augmentent ou réduisent le risque ?
- Quelles caractéristiques de l'environnement favorisent sa répétition ?
- Qu'est-ce qui rend l'arrêt possible ou difficile ?
- Qui organise l'accès ?
- Qui bénéficie économiquement de la répétition ?
- Et qui supporte le coût lorsqu'elle devient incontrôlable ?

Ces questions nous conduisent directement à la partie suivante.

Nous avons commencé ce livre en examinant la frontière entre drogues légales et illégales. Nous découvrons maintenant une seconde frontière, tout aussi instable : celle qui sépare consommation, habitude, dépendance et addiction.

Le jeu d'argent nous apprend qu'une addiction peut exister sans substance. Le jeu vidéo nous rappelle qu'un comportement très fréquent n'est pas nécessairement une addiction. Le débat sur les aliments ultra-transformés nous montre enfin qu'une ressemblance avec l'addiction ne suffit pas encore à établir un diagnostic.^{1,3}

Trois cas, trois degrés de certitude.

Comparer des mécanismes ne signifie pas déclarer les phénomènes identiques.

C'est précisément parce que l'alcool, l'héroïne, le jeu d'argent, un médicament et un aliment ultra-transformé ne sont pas la même chose que leur comparaison devient instructive.

La question suivante n'est donc plus seulement de savoir ce qui peut devenir addictif. Elle est de comprendre ce qu'une société fait de ces différences lorsqu'elle choisit de vendre certaines récompenses, d'en prescrire certaines, d'en interdire d'autres et d'organiser autour d'elles des régimes économiques et juridiques radicalement différents.

Notes et sources

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Addictive behaviour ». L'OMS y définit les troubles dus à des comportements addictifs comme des syndromes cliniquement significatifs liés à des comportements répétitifs et gratifiants autres que l'usage de substances entraînant une dépendance, et classe le jeu d'argent et le jeu vidéo dans cette famille. <https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour>

[2] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Gambling », fiche d'information, 2 décembre 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gambling>

[3] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Addictive behaviours: Gaming disorder ». <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>

[4] National Institute on Drug Abuse (NIDA), Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction, 2018.

https://irp.nida.nih.gov/wp-content/uploads/2019/12/NIDA_DrugsBrainsAddiction_2018.pdf

[5] LaFata, E. M., Allison, K. C., Audrain-McGovern, J., & Forman, E. M., « Ultra-Processed Food Addiction: A Research Update », *Current Obesity Reports*, 2024, 13(2), 214-223. DOI: 10.1007/s13679-024-00569-w. PMID: 38760652; PMCID: PMC11150183.

PARTIE III — Qui produit le dommage et comment y répondre ?

Chapitre 9 — Les drogues que nous commercialisons

Les chapitres précédents ont montré qu'une substance n'est ni sûre parce qu'elle est légale ni dangereuse parce qu'elle est interdite. La légalité crée cependant un environnement particulier : le produit peut être fabriqué ouvertement, standardisé, distribué, promu, taxé, prescrit et contrôlé par des institutions identifiables.^{1,4,6}

Cet environnement possède des avantages importants. La composition peut être connue, les doses indiquées, les fabricants responsables devant la loi, les effets indésirables surveillés et les ventes limitées par âge, prescription ou licence. Mais il crée simultanément une autre dynamique : lorsque les ventes constituent un revenu, les producteurs et distributeurs ont généralement intérêt à maintenir ou élargir la demande.^{1,4,6}

Cette tension ne signifie pas que toute entreprise chercherait à rendre ses clients dépendants. Elle signifie quelque chose de plus précis : pour un produit dont une partie des consommateurs peut développer un usage intensif ou dépendant, l'objectif commercial d'augmenter les ventes peut entrer en conflit avec l'objectif sanitaire de réduire les consommations les plus nocives.

L'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs permettent d'observer trois formes différentes de ce problème : produit culturel de masse, produit fortement addictif soumis à une

réglementation sanitaire croissante, et produit thérapeutique dont la diffusion passe par le système de soins.

Un marché légal modifie l'exposition

Le risque individuel dépend de la dose et de la fréquence. Le dommage collectif dépend donc aussi du nombre de personnes exposées et de la facilité avec laquelle elles peuvent répéter l'usage.^{1,3}

La légalité ne détermine pas seule cette disponibilité. Un État peut autoriser un produit tout en limitant fortement les points de vente, les horaires, l'âge minimum, la publicité, les formats ou la puissance. Mais la distribution commerciale ouverte crée des occasions d'achat que ne possède pas de la même manière un produit rare ou difficile d'accès.

L'Organisation mondiale de la santé identifie précisément l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité économique parmi les déterminants sociaux de la consommation d'alcool et de ses dommages.

Cela ne signifie pas que disponibilité égale addiction. La plupart des achats légaux ne deviennent pas nécessairement problématiques. Le marché agit en amont : il modifie la fréquence des occasions d'usage, la visibilité du produit et le coût de la répétition.

Lorsque le produit possède ensuite un potentiel de renforcement ou de dépendance, augmenter l'exposition d'une population peut modifier le nombre absolu de personnes rencontrant ces problèmes.^{1,3}

Alcool : vendre un produit dont le dommage dépend aussi du volume vendu

L'alcool montre la tension de manière particulièrement visible. L'éthanol est psychoactif, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance. L'OMS lui attribue environ 2,6 millions de décès dans le monde en 2019 et estimait qu'environ 400 millions de personnes âgées de quinze ans et plus vivaient alors avec un trouble lié à l'alcool.¹

Dans le même temps, l'alcool appartient à un marché légal mondial : brasseries, viticulture, spiritueux, bars, restaurants, grande distribution, événements, publicité et sponsoring. Les produits sont intégrés à des activités ordinaires rarement présentées comme des situations de prise de drogue.

Le marché légal apporte des protections réelles : concentration connue, producteurs identifiables, règles de vente, avertissements possibles, fiscalité et recours juridiques. Il crée aussi une relation simple : les revenus des entreprises dépendent des quantités achetées.

La santé publique observe au contraire qu'une grande partie des dommages se concentre dans les consommations importantes, épisodiques ou chroniques. Une mesure qui réduit effectivement ces consommations peut donc aussi réduire certaines ventes.¹

Ce conflit potentiel n'autorise pas à attribuer une intention cachée à chaque producteur. Il justifie d'examiner les incitations et la manière dont les politiques publiques gèrent les conflits d'intérêts.

Marketing : vendre une image autant qu'une substance

La publicité ne modifie pas la pharmacologie de l'éthanol. Elle modifie ce que le produit signifie avant d'être consommé.^{2,3}

Les marques peuvent être associées à la fête, au sport, à la musique, à la réussite, à la séduction ou à l'identité. Les canaux numériques permettent un ciblage et une répétition plus individualisés que la publicité traditionnelle.

Un rapport de l'OMS de 2022 sur le marketing transfrontalier de l'alcool décrit l'utilisation du sponsoring sportif et culturel, des réseaux sociaux et d'autres techniques numériques pour fidéliser les clients et en acquérir de nouveaux. Il souligne que les jeunes et les gros buveurs font partie des publics ciblés.^{2,3}

Ce mécanisme est social et commercial, pas pharmacologique. Un message publicitaire n'est pas automatiquement un signal addictif au sens clinique. Mais il contribue à l'environnement d'exposition, à la normalisation et à la disponibilité mentale du produit.

Cette distinction protège le raisonnement : marketing peut influencer les usages sans expliquer à lui seul pourquoi une personne développe une addiction.

Tabac : lorsque le client régulier peut devenir le client dépendant

Le tabac rend le conflit commercial plus aigu parce que la nicotine est fortement addictive et que l'usage répété constitue le cœur du modèle de consommation.^{4,5}

L'OMS estime que le tabac tue aujourd'hui plus de sept millions de personnes par an, dont plus de 1,6 million de non-fumeurs exposés involontairement à la fumée secondaire.^{4,5}

Une grande partie de cette mortalité provient de la combustion et de l'exposition répétée aux substances toxiques de la fumée, tandis que la nicotine entretient fortement la dépendance. Cette distinction explique pourquoi tous les produits nicotiniques ne possèdent pas exactement le même profil de risque.

L'histoire du tabac documente publicité, sponsoring, segmentation et conception de produits destinés à attirer et retenir des consommateurs. En 2025, l'OMS a synthétisé des stratégies comprenant manipulation du design, saveurs, récits marketing trompeurs, lobbying et pratiques de communication visant à minimiser ou déplacer la perception du risque.^{4,5}

Ces constats concernent des comportements documentés d'industries particulières. Ils ne constituent pas une théorie selon laquelle toute entreprise vendant une substance psychoactive agirait de manière identique.

Ils montrent cependant pourquoi un produit addictif commercialisé justifie des règles portant non seulement sur sa composition, mais aussi sur sa promotion et sur les incitations du vendeur.

Le médicament : un marché qui passe par le soin

Les médicaments psychoactifs présentent une configuration différente. Leur diffusion est légitimée d'abord par une utilité thérapeutique reconnue.⁶

Un opioïde peut soulager une douleur sévère. Une benzodiazépine peut être utile dans certaines indications. Un

stimulant peut être prescrit pour certains troubles. L'accès passe alors par un ensemble de médiations : indication, dose, autorisation de mise sur le marché, prescription pour certains produits, pharmacovigilance et responsabilité professionnelle.

Cette architecture réduit certains risques mais ne les supprime pas. Une substance autorisée peut être surprescrite, mésusée ou détournée. Des patients peuvent développer dépendance physique, addiction ou subir des interactions graves.⁶

La FDA américaine a ainsi renforcé en 2020 l'avertissement maximal de l'ensemble des benzodiazépines pour signaler abus, mésusage, addiction, dépendance physique et sevrage, tout en rappelant que ces médicaments restent des options thérapeutiques importantes lorsqu'ils sont correctement indiqués.⁶

Le médicament légal n'est donc pas l'inverse de la drogue risquée. Il est un produit dont le risque est accepté dans un cadre où un bénéfice thérapeutique est attendu.

OxyContin : quand disponibilité médicale et marketing changent une épidémie

La crise américaine des opioïdes révèle ce qui peut arriver lorsque prescription, diffusion commerciale et dépendance se combinent.^{7,8}

À partir du milieu des années 1990, les prescriptions d'opioïdes augmentent fortement aux États-Unis. L'introduction d'OxyContin par Purdue Pharma en 1996 s'accompagne d'un marketing particulièrement intense auprès des prescripteurs.^{7,8}

Une étude économique publiée en 2022 a exploité des différences d'exposition initiale à OxyContin entre États et

conclut que l'introduction et le marketing du produit ont joué un rôle substantiel dans la première vague de la crise. Une autre étude de 2019 observait, au niveau des comtés, une association entre marketing des opioïdes auprès des médecins, prescriptions et mortalité par surdose.^{7,8}

Ces travaux ne signifient pas qu'OxyContin explique à lui seul toute la crise américaine. Les vagues suivantes impliquent notamment héroïne, fentanyl illicite, changements de prescription et autres facteurs sociaux et économiques.

Ils détruisent néanmoins une opposition commode : une crise de dépendance peut commencer au cœur d'un marché médical parfaitement légal.

La légalité réduit certains risques et peut en augmenter d'autres

Le marché légal possède deux effets qu'il faut maintenir ensemble.

Il peut réduire l'incertitude : composition connue, dose connue, fabricant identifié, traçabilité, possibilité de rappel, responsabilité juridique, interdiction de certaines pratiques et accès plus simple au soin.^{1,4,6}

Mais il peut aussi augmenter l'exposition totale : un produit vendu partout, prescrit largement ou culturellement normalisé atteint davantage de personnes.

Une substance légale peut donc produire moins d'incertitude par unité de produit tout en générant une forte charge collective parce qu'elle est consommée massivement. Une substance clandestine peut toucher moins de personnes mais les exposer davantage à des produits inconnus.

Cette différence interdit d'utiliser le seul nombre total de décès comme mesure de risque intrinsèque aussi bien que d'utiliser le seul contrôle qualité comme preuve qu'un marché légal est sans problème.

Taxer, réglementer, informer : l'État devient lui aussi partie du marché

Lorsqu'un produit reste légal, l'État ne choisit pas seulement entre intervenir et ne pas intervenir. Il organise activement les conditions du marché.

Il peut imposer taxes, licences, âge minimum, avertissements, restrictions de publicité, horaires, limites de conditionnement ou règles de prescription.

La fiscalité de l'alcool montre une tension particulière : une taxe peut simultanément réduire l'accessibilité économique et produire des recettes publiques. Ces deux fonctions ne sont pas incompatibles, mais elles rendent nécessaire une transparence sur les objectifs.

Le fait que l'État perçoive un revenu ne prouve pas qu'il souhaite maintenir la dépendance. Cela signifie qu'il appartient lui aussi à l'architecture d'incitations et de coûts entourant le produit.

Qui consomme le plus compte pour le modèle économique

Tous les consommateurs ne contribuent pas également aux ventes.

Lorsqu'une part importante du volume est achetée par des consommateurs intensifs ou dépendants, réduire les usages les

plus nocifs peut affecter directement une part disproportionnée du chiffre d'affaires.

La distribution exacte doit être documentée produit par produit et pays par pays ; elle ne peut pas être présumée universelle.

Mais la question doit devenir systématique : quelle part du marché repose sur les usages les plus fréquents, et que deviennent les incitations commerciales lorsque la réduction de ces usages est précisément l'objectif sanitaire ?

Cette question rejoint le problème du revenu récurrent sans permettre de conclure que répétition commerciale et addiction sont identiques.

Commercialiser n'est pas causer mécaniquement

L'existence d'un intérêt économique n'autorise pas à expliquer automatiquement chaque addiction par l'industrie.

Des personnes consomment pour des raisons qui précèdent ou dépassent le marketing : plaisir, sociabilité, douleur, anxiété, performance, habitude ou contexte familial et social. Les propriétés pharmacologiques restent déterminantes.

L'industrie agit sur l'environnement : disponibilité, prix, visibilité, design, information et parfois prescription. Ces facteurs peuvent influencer l'exposition et la répétition sans constituer une cause suffisante du trouble chez une personne donnée.

Cette distinction est capitale pour éviter que l'analyse structurelle ne devienne à son tour monocausale.

Le marché légal peut lui-même être différencié

« Autoriser » ne décrit pas une politique unique.

Entre vente commerciale presque ordinaire et prescription médicale stricte existent monopoles publics, licences limitées, taxation proportionnelle au risque, interdictions de publicité, vente en pharmacie, âge minimum, contrôle de puissance, conditionnement ou densité de points de vente.

Le tabac, l'alcool et les médicaments utilisent déjà plusieurs de ces instruments.

La question politique n'est donc pas seulement légal ou illégal, mais quel marché, avec quelles incitations, quelles barrières et quelles protections.

Légal ne signifie pas socialement neutre

La commercialisation produit enfin un effet symbolique. Le produit apparaît dans des lieux familiers, des emballages autorisés, des prescriptions ou des pratiques culturelles ordinaires.

Cette familiarité peut diminuer la rupture symbolique associée au mot drogue, même lorsque des avertissements explicites rappellent le danger.

Le phénomène inverse apparaîtra dans le marché clandestin : le statut de drogue interdite peut amplifier la perception du danger propre à la molécule tout en rendant moins visibles les dommages produits par l'absence de contrôle du marché.

La légalité façonne ainsi l'accès matériel et l'imaginaire social.

Ce que nous emportons vers le marché clandestin

Un marché légal peut standardiser, informer, taxer et responsabiliser. Il peut aussi normaliser, promouvoir et augmenter l'exposition.

Ces mécanismes doivent maintenant être comparés à leur miroir : que se passe-t-il lorsque producteurs, vendeurs et acheteurs perdent les institutions ordinaires du contrôle qualité, des contrats et du recours juridique ?

C'est l'objet du chapitre suivant : ce que l'interdiction fabrique.

Notes et sources

[1] OMS, « Alcohol », 28 juin 2024. Éthanol psychoactif, toxique et susceptible d'entraîner une dépendance ; environ 2,6 millions de décès attribuables en 2019 et environ 400 millions de personnes vivant avec un trouble lié à l'alcool.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

[2] OMS, « Reducing the harm from alcohol – by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion », 2022. Marketing numérique/transfrontalier, sponsoring sportif/culturel et ciblage accru des jeunes et des gros buveurs. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046504>

[3] OMS, SAFER – Alcohol advertising. Restrictions de publicité, sponsoring et promotion parmi les instruments documentés de politique alcool.

<https://www.who.int/initiatives/SAFER/alcohol-advertising>

[4] OMS, « Tobacco and nicotine », 26 juin 2026. Plus de sept millions de décès annuels attribués au tabac ; nicotine hautement addictive.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

[5] OMS, « Manipulation and marketing strategies used by tobacco and nicotine industries to promote their products », 30 mai 2025. Design, attractivité, addictivité nicotinique, récits marketing, lobbying et communication scientifique.

<https://www.who.int/publications/m/item/information-sheet-manipulation-and-marketing-strategies-used-by-tobacco-and-nicotine-industries-to-promote-their-products>

[6] FDA, Drug Safety Communication du 23 septembre 2020 sur les benzodiazépines : abus, mésusage, addiction, dépendance physique et sevrage, tout en maintenant leur

utilité thérapeutique. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-requiring-boxed-warning-updated-improve-safe-use-benzodiazepine-drug-class>

[7] Alpert, A. et al., « Origins of the Opioid Crisis and Its Enduring Impacts », *Quarterly Journal of Economics*, 2022. Rôle substantiel de l'introduction et du marketing d'OxyContin dans la première vague de la crise américaine.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9272388/>

[8] Hadland, S. E. et al., « Association of Pharmaceutical Industry Marketing of Opioid Products With Mortality From Opioid-Related Overdoses », *JAMA Network Open*, 2019. Association entre marketing aux médecins, prescriptions et mortalité au niveau des comtés. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6484875/>

Chapitre 10 — Ce que l'interdiction fabrique

Interdire une substance vise notamment à réduire son offre, son accessibilité et son usage. Mais lorsqu'une demande persiste malgré l'interdiction, le marché ne disparaît pas nécessairement : il change d'institutions.^{1,4}

Le vendeur ne peut plus enregistrer son produit selon les normes sanitaires ordinaires. L'acheteur ne bénéficie pas des mêmes garanties de composition. Les contrats ne sont pas exécutoires devant un tribunal. Les acteurs intègrent dans leurs décisions le risque d'arrestation, de saisie et parfois de violence.

Ces caractéristiques ne rendent pas toutes les transactions clandestines identiques ni nécessairement violentes. Elles créent néanmoins un environnement différent de celui d'un marché réglementé.

Le défi analytique consiste à ne pas attribuer à la molécule ce que produit le marché, ni au marché ce que produit la molécule. Une surdose d'opioïde reste un effet pharmacologique ; recevoir à son insu un produit beaucoup plus puissant ajoute un risque de distribution.

Quand l'étiquette disparaît

Dans un marché réglementé, un comprimé ou une solution possède normalement une identité, une concentration, un fabricant et une chaîne de contrôle. Ces garanties ne rendent pas la substance sans danger, mais elles réduisent une incertitude fondamentale : savoir ce que l'on consomme.^{2,4}

Sur un marché clandestin, cette information peut être partielle, fausse ou absente. Une poudre vendue comme héroïne

peut contenir une proportion variable d'opioïdes, des diluants ou un opioïde synthétique très puissant. Deux lots portant le même nom peuvent présenter des concentrations très différentes.

Le nom de rue cesse alors d'être une description chimique fiable. Dire qu'une personne a pris de « l'héroïne » ou une « pilule de Xanax » ne garantit pas que la substance réellement ingérée corresponde au produit annoncé.

Cette incertitude modifie le risque même lorsque l'intention du consommateur n'a pas changé. Une personne peut chercher une dose qu'elle pense connaître et recevoir une concentration ou une molécule différente.

Adultération, substitution et comprimés contrefaits

L'Amérique du Nord fournit aujourd'hui un exemple particulièrement visible avec le fentanyl illicitement fabriqué et les comprimés contrefaits.^{2,3}

Le CDC indique que le fentanyl clandestin peut être mélangé à l'héroïne, à la cocaïne ou à la méthamphétamine, et qu'il est également pressé dans des comprimés ressemblant à de l'oxycodone ou de l'alprazolam. Les consommateurs peuvent ignorer sa présence.^{2,3}

La DEA documente de son côté des comprimés illicites imitant des médicaments prescrits mais contenant fentanyl ou méthamphétamine.^{2,3}

Les chiffres de saisie de la police ne décrivent pas parfaitement la prévalence du marché et ne doivent pas être interprétés comme un échantillon aléatoire. Ils suffisent cependant à documenter l'existence d'une offre dans laquelle

l'apparence pharmaceutique peut masquer une composition différente.

La clandestinité ne crée pas la toxicité du fentanyl : le fentanyl pharmaceutique est lui-même un opioïde puissant utilisé médicalement. Elle transforme surtout l'information et le contrôle de la dose lorsqu'un produit très puissant circule sous une identité incertaine.

Pourquoi les drogues synthétiques changent la logistique du marché

Un marché clandestin doit transporter, cacher et stocker sa marchandise sous risque de saisie. La valeur contenue dans un faible volume peut alors constituer un avantage logistique.¹

Les drogues synthétiques peuvent être fabriquées sans dépendre directement d'une culture agricole locale et certaines sont actives à de faibles doses. Leur production et leurs routes peuvent donc se déplacer plus rapidement lorsque les contrôles changent.

Le World Drug Report 2025 décrit un commerce illicite adaptatif et une expansion rapide des marchés synthétiques ; les saisies de stimulants de type amphétaminique ont atteint un niveau record en 2023 et les opioïdes synthétiques restent un défi majeur.¹

Cette évolution ne signifie pas que « synthétique » veut dire dangereux par nature. La chimie industrielle produit aussi des médicaments essentiels. Le risque spécifique naît de la combinaison entre puissance, formulation, composition inconnue et environnement clandestin.

Le fentanyl n'est pas une conséquence mécanique de la prohibition

La concentration de valeur dans de petits volumes a parfois été résumée par l'expression « loi de fer de la prohibition » : la répression favoriserait nécessairement des produits toujours plus puissants.^{1,2,5}

L'hypothèse décrit un mécanisme économique plausible, mais elle ne doit pas être présentée comme une loi universelle.^{1,2,5}

L'essor du fentanyl dépend aussi de la chimie disponible, des réseaux de production, de la demande, du prix des précurseurs, des préférences des consommateurs, des transformations du marché de l'héroïne et de nombreuses décisions criminelles ou politiques.

La prohibition crée certaines incitations et contraintes ; elle ne permet pas de prédire à elle seule quelle substance apparaîtra, à quel moment ni avec quelle puissance.

Cette prudence est essentielle pour ne pas transformer une relation structurelle en monocause historique.

Prix, risque et prime de clandestinité

Une partie du prix d'un produit illicite rémunère autre chose que sa fabrication : risque de saisie, arrestation, pertes de cargaisons, dissimulation, blanchiment et incertitude.⁴

Cette prime de risque peut contribuer à augmenter fortement le prix par rapport au coût matériel de production. Elle constitue aussi l'un des mécanismes recherchés par l'interdiction : rendre le produit plus difficile ou coûteux à obtenir.

Mais un prix élevé crée parallèlement une marge susceptible d'attirer des acteurs disposés à supporter ce risque.

Il serait donc incorrect de dire que la rentabilité du trafic prouve que l'interdiction ne réduit jamais l'offre. Elle peut augmenter les coûts et limiter l'accès. La question est de comparer le bénéfice de cette barrière avec les dommages que la clandestinité ajoute.⁴

Quand un marché ne peut pas appeler la police

Un vendeur légal peut faire assurer son stock, poursuivre un fournisseur et demander à la justice d'exécuter un contrat. Un acteur d'un marché illicite ne dispose pas des mêmes mécanismes institutionnels.^{1,4}

Cela ne signifie pas que toutes les transactions de drogue soient violentes. Les réseaux utilisent aussi réputation, confiance, relations familiales, dettes ou autres mécanismes informels.

Mais lorsqu'un conflit grave apparaît, menace et violence peuvent devenir des moyens de protection, de règlement de dettes ou de contrôle territorial.

L'UNODC souligne que le trafic continue de générer des profits pour le crime organisé et que la violence associée a fortement augmenté dans certains contextes, dans les pays d'origine, de transit ou de destination.^{1,4}

Le niveau de violence dépend toutefois des armes disponibles, des institutions, de la corruption, de la fragmentation des groupes et des stratégies policières. L'illégalité crée une condition ; elle ne produit pas un niveau identique de violence partout.

Le crime organisé et les profits clandestins

Les revenus du trafic peuvent renforcer des organisations présentes dans d'autres activités : extorsion, blanchiment, armes, traite, corruption ou contrôle territorial.^{1,4}

Tous les vendeurs de drogues ne sont pas membres de grandes organisations criminelles. Les marchés comprennent des réseaux familiaux, des vendeurs locaux et des acteurs indépendants.

À l'échelle internationale, toutefois, le trafic de cocaïne, d'opiacés et de drogues synthétiques alimente des profits criminels suffisamment importants pour affecter des institutions et des territoires.

Une partie du dommage social associé à une drogue peut donc provenir de la valeur économique créée par la combinaison de demande persistante et de marché interdit, plutôt que de l'effet du produit sur l'organisme.^{1,4}

Répression et adaptation : un marché qui apprend

Les marchés clandestins s'adaptent aux contrôles.

Lorsqu'une route devient plus risquée, une autre peut apparaître. Lorsqu'un précurseur est contrôlé, la synthèse peut utiliser une autre molécule. Lorsqu'une substance est classée, de nouveaux analogues peuvent être développés.¹

Cette adaptation ne rend pas les contrôles inutiles. Une saisie empêche une cargaison précise d'atteindre le marché ; une réglementation de précurseur peut augmenter les coûts ; le démantèlement d'un réseau peut interrompre temporairement une distribution.

Mais un succès local ne prouve pas une réduction durable de l'offre globale. Le marché peut se déplacer géographiquement ou technologiquement.

L'efficacité doit donc être évaluée dans le temps : réduction durable, déplacement, substitution ou simple interruption temporaire ne sont pas le même résultat.

Clandestinité et information imparfaite

Le consommateur perd également plusieurs protections ordinaires : étiquette, rappel de lot, recours contre le fabricant et standardisation.²⁻⁴

Des dispositifs de réduction des risques tentent de recréer une partie de cette information : analyse de substances, systèmes d'alerte, bandelettes de détection du fentanyl ou autres services adaptés au contexte.

Ces outils ne rendent pas la consommation sûre et ne détectent pas nécessairement tous les risques. Ils montrent cependant que l'information sur la composition possède une valeur sanitaire indépendante du jugement moral porté sur l'usage.

Le fait qu'une personne accepte de consommer une substance ne signifie pas qu'elle accepte n'importe quelle dose ou un autre produit à son insu.

L'interdiction réduit aussi certaines consommations

Un audit équilibré doit également conserver les effets recherchés de l'interdiction.

L'interdit peut augmenter le prix, réduire la visibilité, limiter les points de vente et transmettre une norme sociale forte. Ces

mécanismes peuvent décourager une partie de l'initiation ou diminuer certains volumes d'usage.⁴

La Johns Hopkins–Lancet Commission, pourtant très critique des politiques de prohibition, discutait elle-même les arguments selon lesquels prix élevés et barrières d'accès peuvent réduire certaines consommations et dépendances.

Il serait donc faux de comparer un marché clandestin réel à un marché légal imaginaire qui conserverait exactement la même prévalence, les mêmes prix et les mêmes comportements commerciaux.

Le problème politique consiste à comparer des ensembles d'effets : dommages évités par les barrières d'accès et dommages produits par la clandestinité.

Produit, marché et politique : trois sources de dommage à séparer

À ce stade, trois couches doivent rester distinctes.

La toxicité ou le potentiel addictif appartiennent au produit et à son usage. L'adultération, l'incertitude de dose, l'absence de contrats et certains mécanismes de violence appartiennent au marché clandestin. Arrestations, prison, casier et pratiques policières appartiennent à l'appareil qui fait respecter l'interdit.

Les trois couches interagissent mais elles ne sont pas interchangeables.

Deux pays peuvent interdire la même substance avec des intensités de répression très différentes. Une juridiction peut maintenir illégale la vente tout en dépénalisant la possession personnelle.

Cette distinction ouvre le chapitre suivant : non plus ce que devient le marché, mais ce que coûte le système de sanctions construit autour de lui.

Notes et sources

[1] UNODC, World Drug Report 2025, Key findings. Commerce illicite décrit comme adaptatif ; profits du crime organisé, violence dans certains contextes et expansion rapide des marchés synthétiques. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf

[2] CDC, « Fentanyl », 9 juin 2025. Fentanyl illicitement fabriqué présent dans des poudres ou comprimés contrefaits et pouvant être mélangé à héroïne, cocaïne ou méthamphétamine ; distinction avec fentanyl pharmaceutique. <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/fentanyl.html>

[3] U.S. Drug Enforcement Administration, « Fake Prescription Pills ». Comprimés contrefaits pouvant imiter oxycodone, alprazolam ou stimulants tout en contenant fentanyl ou méthamphétamine. Les données de saisie ne sont pas utilisées comme estimation non biaisée de la prévalence. <https://www.dea.gov/factsheets/fake-prescription-pills>

[4] Johns Hopkins–Lancet Commission on Drug Policy and Health, 2016. Analyse des marchés non réglementés, de la violence, de l'adultération et du compromis entre barrières d'accès de la prohibition et dommages de la clandestinité. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5042332/>

[5] Le terme « loi de fer de la prohibition » est traité comme hypothèse économique et non comme loi universelle. L'apparition et la puissance des produits dépendent de multiples facteurs.

Chapitre 11 — Le prix de la guerre contre la drogue

Le chapitre précédent examinait ce que devient un marché lorsque la production et la vente d'une substance sont clandestines. Le présent chapitre change d'objet. Il ne traite plus principalement de la composition du produit, des routes de trafic ou de l'organisation du marché, mais de l'appareil chargé de faire respecter l'interdit : police, justice, amendes, tribunaux et prisons.^{1,10}

Cette distinction est indispensable. Une arrestation n'est pas un effet pharmacologique. Un casier n'est pas une propriété de la cocaïne. Une peine de prison n'est pas produite par le cannabis. Ces conséquences existent parce qu'une société choisit de faire d'un comportement une infraction et mobilise des institutions pour sanctionner cette infraction.

Cela ne suffit pas à conclure que la répression est injustifiée. Une politique pénale peut chercher à réduire l'offre, dissuader certains usages, neutraliser des réseaux violents, saisir des armes ou protéger des tiers. Elle peut aussi produire des coûts propres. Une évaluation sérieuse doit regarder les deux côtés du bilan.

L'expression « guerre contre la drogue » sera donc utilisée ici comme désignation historique et politique d'un ensemble de stratégies répressives, pas comme preuve que toutes les politiques de contrôle seraient identiques ni qu'elles auraient partout la même intensité.

Quand le contrôle devient un système pénal de masse

L'échelle mondiale du contrôle pénal est difficile à mesurer parce que les catégories d'infraction, les pratiques policières et les systèmes de justice varient fortement d'un pays à l'autre. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime avertit explicitement que les agrégats internationaux doivent être interprétés avec prudence.¹

Malgré cette limite, son Rapport mondial sur les drogues 2025 donne un ordre de grandeur. Pour 2023, l'UNODC estime qu'environ 6,1 millions de personnes dans le monde ont eu un contact formel avec la police - soupçon, arrestation ou avertissement - pour une infraction liée aux drogues. Environ deux tiers de ces contacts concernaient l'usage ou la possession.

¹

La même année, environ 2,6 millions de personnes auraient été poursuivies et 1,4 million condamnées. Les personnes impliquées dans le trafic sont, dans plusieurs régions, plus susceptibles d'être poursuivies ou condamnées lorsqu'elles entrent dans le système, mais le volume initial de contacts reste dominé par l'usage et la possession.¹

Ces chiffres ne disent pas combien de personnes ont été incarcérées, pendant combien de temps ni pour quelles substances. Ils montrent néanmoins que la politique pénale des drogues ne concerne pas seulement les organisations criminelles internationales. Une part importante de l'activité policière et judiciaire porte directement sur l'usage et la possession.

Usage, possession et trafic : ne pas mettre toutes les infractions dans le même sac

Une politique devient impossible à évaluer si « infraction liée aux drogues » désigne indistinctement possession personnelle, petite vente, transport, importation, blanchiment ou direction d'une organisation violente.¹

Les finalités légitimes de la réponse peuvent être différentes. La détention d'une petite quantité destinée à l'usage personnel ne produit pas le même type de dommage qu'une organisation armée contrôlant une route de trafic. À l'inverse, la simple qualification juridique de « trafic » peut recouvrir des positions très différentes dans une chaîne : dirigeant, grossiste, vendeur local, courrier ou personne impliquée sous contrainte.

La proportionnalité exige donc de regarder le comportement concret, les quantités, les profits, la violence, la contrainte, le rôle occupé et les dommages causés plutôt que de traiter toute participation au marché comme identique.

Cette distinction n'est pas une conclusion sur la peine appropriée. Elle est une condition minimale pour comparer des politiques sans agréger des phénomènes hétérogènes.

France : l'usager demeure juridiquement un délinquant

Le droit français fournit un exemple clair de coexistence entre logique sanitaire et logique pénale. Au 23 septembre 2026, l'article L3421-1 du Code de la santé publique punit l'usage illicite de stupéfiants d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende.²

Depuis le 20 août 2026, l'action publique peut aussi être éteinte par le paiement d'une amende forfaitaire délictuelle de

500 euros, minorée à 400 euros ou majorée à 1 000 euros. Ces montants ont remplacé l'ancien barème de 200, 150 et 450 euros.²

La possibilité de l'amende forfaitaire ne transforme donc pas juridiquement l'usage en simple contravention administrative : le comportement reste un délit et la peine maximale prévue par l'article demeure.²

La France illustre ainsi la combinaison déjà observée dans l'histoire de la loi de 1970 : l'usager peut être simultanément considéré à travers le droit pénal, la prévention, les soins et les mesures d'accompagnement.

Cette architecture ne dit pas à elle seule quelle réponse est effectivement appliquée dans chaque situation. Elle fixe le cadre juridique à l'intérieur duquel police, parquet et dispositifs sanitaires interviennent.

La sanction ne s'arrête pas au jour du jugement

Une sanction possède d'abord son effet direct : amende, probation, mesure alternative, restriction de liberté ou prison. Elle peut aussi produire des conséquences qui durent après l'exécution de la peine.

Selon la juridiction, une condamnation peut compliquer l'accès à l'emploi, au logement, à certaines professions, à des titres de séjour, à des prestations ou à la garde d'enfants. L'ampleur de ces effets varie fortement et ne doit pas être généralisée sans préciser le droit applicable.

Le coût peut également être familial. Une incarcération retire temporairement un parent, un salarié ou une source de revenu à un foyer. Les proches peuvent supporter déplacements, frais juridiques, pertes de revenus et ruptures relationnelles.

Ces effets ne prouvent pas qu'aucune peine ne soit justifiée. Ils imposent d'intégrer la proportionnalité : quelle gravité d'infraction justifie quel ensemble de conséquences, et lesquelles contribuent réellement à l'objectif poursuivi ?

Prison, tolérance et risque après la sortie

L'incarcération peut interrompre ou diminuer l'accès à une substance. Pour une personne dépendante aux opioïdes, cette interruption peut aussi réduire la tolérance physiologique.^{3,4}

L'Organisation mondiale de la santé identifie explicitement la reprise d'opioïdes après une période d'abstinence, notamment après la sortie de prison, comme un facteur de risque de surdose. Elle souligne un niveau particulièrement élevé de risque pendant les quatre premières semaines suivant la libération.

Une méta-analyse individuelle publiée dans The Lancet en 2024, portant sur 1 471 526 personnes libérées dans huit pays à revenu élevé ou intermédiaire, a confirmé une mortalité particulièrement élevée immédiatement après la sortie ; les intoxications par alcool et autres drogues comptaient parmi les principales causes spécifiques de décès.^{3,4}

La prison peut donc supprimer temporairement une consommation sans résoudre le trouble qui l'entretient. Dans certains cas, la baisse de tolérance transforme même la reprise de l'ancienne dose en situation beaucoup plus dangereuse.^{3,4}

Le traitement en prison et à la sortie peut modifier ce risque

Ce risque dépend fortement de ce qui se passe pendant l'incarcération et lors de la transition vers l'extérieur.

L'OMS considère les traitements agonistes opioïdes avec méthadone ou buprénorphine comme les interventions disposant de la base de preuves la plus solide pour de nombreux résultats dans la dépendance aux opioïdes. Elle les associe à des réductions de mortalité, de morbidité, d'usage non médical et de certains risques infectieux, ainsi qu'à une meilleure rétention dans les soins.^{5,6}

Une étude norvégienne publiée dans *Lancet Public Health* en 2024, portant sur les personnes sorties de prison entre 2000 et 2022, a observé que le traitement agoniste était associé à une mortalité générale et par surdose plus faible après libération chez les personnes présentant un trouble lié aux opioïdes.^{5,6}

Ces données ne permettent pas de dire qu'un traitement unique convient à tous. Elles montrent qu'une détention où les soins sont maintenus et une détention où la dépendance est simplement interrompue de force n'ont pas les mêmes conséquences sanitaires.

La continuité des soins devient donc une variable de la politique pénale elle-même.

Criminalisation, stigmatisation et accès aux soins

Une politique pénale peut agir avant même toute condamnation en modifiant la relation entre les usagers et les institutions de santé.⁷

Plusieurs organes des Nations unies ont relevé, dans des pays précis, que la crainte de la criminalisation ou du harcèlement pouvait décourager certaines personnes d'accéder aux traitements ou aux programmes de réduction des risques.

Ces constats doivent rester situés. Ils ne démontrent pas que toute présence policière éloigne systématiquement tout usager

des soins. Ils documentent un mécanisme plausible : lorsque demander de l'aide, s'inscrire à un programme ou être identifié comme usager est perçu comme augmentant le risque juridique ou social, certaines personnes évitent les services.⁷

Le résultat dépend alors de la confidentialité médicale, de la séparation entre santé et police, de l'accessibilité des programmes, du comportement des professionnels et de la confiance envers les institutions.

La criminalisation peut donc avoir un effet sanitaire indirect sans que cet effet soit identique dans toutes les juridictions.

Les disparités d'application : un phénomène réel mais situé

Une loi identique sur le papier ne garantit pas une exposition identique aux contrôles, fouilles, arrestations, poursuites ou peines.¹¹

Les mécanismes de droits humains des Nations unies ont documenté, dans plusieurs juridictions, des interactions entre politiques de drogues, profilage racial, surpoliciage et surreprésentation de groupes minoritaires dans le système pénal.

Ces constats ne doivent pas être universalisés. Ils varient selon l'histoire raciale, le droit, la géographie des contrôles, les pratiques policières et les structures sociales de chaque pays.

Le principe analytique reste néanmoins général : pour évaluer une politique, il ne suffit pas de compter le nombre total de sanctions. Il faut aussi regarder qui est contrôlé, pour quelles infractions, à fréquence comparable d'usage lorsque les données le permettent, et avec quelles conséquences.

Une réduction du nombre total d'arrestations peut coexister avec la persistance de disparités relatives. Le chapitre 13 reviendra sur ce phénomène à partir de certaines évaluations de réforme du cannabis.

Femmes, précarité et rôles de faible niveau

Le genre et la position occupée dans la chaîne de trafic constituent une autre dimension souvent masquée par les catégories juridiques générales.⁸

Une analyse de l'UNODC sur le rôle des femmes dans le trafic indique qu'une proportion plus élevée de femmes que d'hommes emprisonnés dans le monde le sont pour des infractions liées aux drogues et qu'en Amérique latine de nombreuses femmes incarcérées pour ces infractions occupent des rôles non violents de petite distribution ou de transport.⁸

Ces données ne permettent pas de décrire toutes les femmes condamnées comme pauvres, contraintes ou subalternes. Elles montrent qu'un même intitulé d'infraction peut recouvrir des positions économiques et des degrés de pouvoir très différents.

La peine et les alternatives doivent donc pouvoir distinguer responsabilité, profits, violence, vulnérabilité et contrainte sans transformer le genre ou la précarité en excuse automatique.

La perturbation policière peut aussi modifier la violence du marché

Une intervention policière n'agit pas seulement sur les personnes arrêtées. Elle peut modifier l'équilibre d'un marché.

Une revue systématique publiée en 2011 a identifié quinze études examinant l'effet du renforcement de la loi sur la violence des marchés de drogues ; quatorze rapportaient un

effet défavorable et dix des onze analyses longitudinales trouvaient une association significative entre intervention policière et augmentation de la violence.⁹

Les auteurs interprétaient ces résultats comme compatibles avec un mécanisme de déstabilisation : retirer certains acteurs ou perturber une organisation peut ouvrir un conflit pour les territoires ou les positions devenues vacantes.

Cette littérature ne constitue pas une loi universelle selon laquelle toute arrestation augmente la violence. Elle porte sur un corpus limité, largement observationnel et dépendant des contextes étudiés.⁹

Elle oblige néanmoins à tester un effet secondaire possible plutôt qu'à supposer automatiquement que perturber un marché violent diminue immédiatement la violence.

Le coût d'opportunité institutionnel

Toute politique pénale mobilise des ressources : enquête, surveillance, arrestation, expertise, poursuite, défense, tribunaux, probation et incarcération.

Ces dépenses peuvent être justifiées si elles préviennent des dommages plus importants. Leur simple existence n'est pas un argument contre la répression ; toute politique publique mobilise des ressources.

Mais elles possèdent un coût d'opportunité. Une heure de police, une place de prison ou un budget judiciaire consacrés à une infraction ne peuvent pas être utilisés simultanément ailleurs.

La question devient particulièrement pertinente lorsque les infractions d'usage et de possession représentent une grande part des contacts pénaux mondiaux.

Les coûts monétaires doivent cependant être calculés juridiction par juridiction. Importer un chiffre américain ou français comme s'il décrivait le monde produirait une précision trompeuse.

Ce que la répression peut chercher à accomplir

Mettre les coûts sur la table ne suffit pas à évaluer une politique. Il faut également mesurer les résultats recherchés.

Une opération policière peut saisir un stock, démanteler un laboratoire, retirer des armes, identifier un réseau de blanchiment, perturber une distribution ou augmenter temporairement le coût d'accès à une substance.

La menace de sanction peut également décourager certaines personnes de participer au marché ou d'utiliser un produit.

Ces effets possibles ne doivent pas être niés simplement parce que le marché peut s'adapter. La question empirique est leur durée et leur déplacement : le réseau est-il remplacé ? le prix augmente-t-il ? la disponibilité diminue-t-elle ? la violence baisse-t-elle, se déplace-t-elle ou augmente-t-elle ? les arrestations concernent-elles les acteurs les plus dangereux ou surtout les plus accessibles ?

Une politique de répression peut donc réussir sur un objectif local et échouer sur un autre. Le terme global « succès » masque cette pluralité.

Les conventions internationales laissent place à des alternatives

Une autre confusion fréquente consiste à penser que les conventions internationales imposeraient l'emprisonnement de

tout usager ou de toute personne possédant une petite quantité pour son usage.¹⁰

Le guide conjoint publié par l'OMS et l'UNODC en 2018 présente au contraire des alternatives à la condamnation ou à la peine pour des infractions appropriées de faible gravité et pour des personnes présentant des troubles liés à l'usage, dans un cadre qu'il considère compatible avec les conventions internationales.¹⁰

Ces alternatives peuvent inclure orientation vers le traitement ou d'autres mesures, avec une attention au caractère volontaire et éthique du soin.

Les États disposent donc d'un espace politique entre absence de règle et incarcération systématique. La façon dont cet espace est utilisé relève du droit national et des objectifs retenus.

Le bilan pénal ne tranche pas encore le choix politique

Le présent chapitre n'a pas démontré que toute répression est contre-productive, pas plus qu'il n'a démontré que les coûts qu'elle produit sont négligeables.

Il a isolé une chaîne causale : la substance peut causer des dommages pharmacologiques ; le marché clandestin peut ajouter incertitude et violence ; l'appareil répressif peut ajouter arrestation, peine, prison, inégalités d'application et coûts institutionnels.

Le même appareil peut aussi démanteler des réseaux, empêcher certaines ventes, saisir des produits dangereux et augmenter les barrières d'accès.

Une évaluation cohérente doit donc demander quels dommages sont réellement évités, lesquels sont créés, qui les

supporte, pendant combien de temps et quelles alternatives sont disponibles.

Cette distinction prépare le chapitre suivant : lorsqu'une personne présente un trouble lié à l'usage, que doit viser l'intervention - punir l'infraction, traiter le trouble, réduire le risque immédiat, réinsérer, ou combiner ces fonctions ?

Notes et sources

[1] UNODC, World Drug Report 2025, Key findings. En 2023, environ 6,1 millions de personnes ont eu un contact formel avec la police pour une infraction liée aux drogues, environ deux tiers pour usage ou possession ; environ 2,6 millions ont été poursuivies et 1,4 million condamnées. L'UNODC souligne les limites de comparabilité entre pays.

https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf

[2] France, Code de la santé publique, art. L3421-1, version en vigueur depuis le 20 août 2026 : usage illicite puni d'un an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende ; amende forfaitaire 500 €, minorée 400 €, majorée 1 000 €.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043343299

[3] OMS, « Opioid overdose ». Les personnes sortant de prison avec un trouble lié aux opioïdes présentent des taux particulièrement élevés de surdose pendant les quatre premières semaines suivant la libération.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

[4] Borschmann, R. et al., « Rates and causes of death after release from incarceration among 1 471 526 people in eight high-income and middle-income countries », The Lancet, 2024. Méta-analyse individuelle sur la mortalité après sortie.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38614112/>

[5] Bukten, A. et al., « Estimated effects of opioid agonist treatment in prison... », Lancet Public Health, 2024. Association entre traitement agoniste et réduction de la mortalité après sortie chez les personnes ayant un trouble lié aux opioïdes.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38942554/>

[6] OMS, recommandations 2025-2026 sur le traitement de la dépendance aux opioïdes : méthadone et buprénorphine disposent de recommandations fortes pour de nombreux résultats, notamment mortalité, morbidité et rétention dans les soins.

<https://www.who.int/news/item/02-04-2026-who-updates-guidelines-on-opioid-dependence-treatment-and-overdose-prevention>

[7] Nations unies, Rapporteur spécial sur le droit à la santé, analyse de l'impact des lois de contrôle des drogues : le rapport indique que la crainte de sanctions, notamment de l'incarcération, peut décourager l'accès aux services médicaux et au traitement. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf>

[8] UNODC, Cocaine Insights 3, 2022. Analyse du rôle des femmes dans le trafic et de leur surreprésentation relative parmi les personnes incarcérées pour certaines infractions liées aux drogues, avec forte variation régionale. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/cocaine/Cocaine_Insights3_2022.pdf

[9] Werb, D. et al., « Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review », International Journal of Drug Policy, 2011. Quatorze des quinze études incluses rapportaient un effet défavorable de l'intervention sur la violence ; résultat interprété ici avec prudence compte tenu du caractère ancien et largement observationnel du corpus. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21392957/>

[10] OMS/UNODC, Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment, 2018. Présente des options compatibles avec les conventions internationales. <https://www.who.int/publications/i/item/treatment-and-care-for-people-with-drug-use-disorders-in-contact-with-the-criminal-justice-system-alternatives-to-conviction-or-punishment>

[11] Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, synthèse du rapport A/HRC/54/53 sur les droits humains et les politiques de drogues, 2023. Le document relève, dans des contextes documentés, des arrêts, arrestations et incarcérations disproportionnés ainsi que le profilage racial touchant notamment des personnes d'ascendance africaine, et des effets disproportionnés sur certains peuples autochtones. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessions-regular/session56/A-HRC-54-53-summary.pdf>

Chapitre 12 — Punir, abandonner ou soigner ?

Le débat sur les drogues est souvent construit comme un choix entre deux images. Dans la première, l'usager est responsable d'un acte interdit et doit être dissuadé ou sanctionné. Dans la seconde, il est malade et doit être soigné.¹

Cette opposition est trop simple. Une personne peut consommer sans présenter de trouble addictif. Une autre peut souffrir d'une dépendance sévère. Une troisième peut prendre un risque important tout en refusant ou en n'ayant pas encore besoin d'un traitement. Une quatrième peut commettre parallèlement des actes qui causent directement du tort à autrui.

Le statut de la personne ne peut donc pas être déduit du seul statut de la substance. « Consommateur », « patient », « personne dépendante » et « auteur d'une infraction » décrivent des dimensions différentes qui peuvent ou non se superposer.

C'est pourquoi la bonne question n'est pas simplement : faut-il punir ou soigner ? Il faut d'abord demander quel problème précis on cherche à résoudre.

Usage ne signifie pas automatiquement trouble

Les standards internationaux de traitement de l'OMS et de l'UNODC partent d'un principe essentiel : un trouble lié à l'usage doit être identifié par une évaluation clinique appropriée. Le simple fait d'avoir utilisé une substance ne constitue pas, à lui seul, un diagnostic.¹

Cette distinction protège contre deux erreurs opposées. La première serait de médicaliser tout usage, comme si toute

personne qui consomme une drogue illégale était nécessairement malade. La seconde serait de traiter une dépendance sévère comme une simple succession de mauvaises décisions sans tenir compte des mécanismes décrits au chapitre 7.

Une politique peut donc avoir besoin de plusieurs réponses en même temps : information et prévention pour certains usagers, intervention brève pour d'autres, traitement structuré pour les personnes qui présentent un trouble, et réponses judiciaires spécifiques lorsqu'un comportement cause directement un dommage à autrui.

Cette pluralité rend la catégorie « toxicomane » particulièrement pauvre. Elle transforme des trajectoires différentes en identité unique.

Soigner quoi ?

Dire « il faut soigner » ne suffit pas. Le soin doit avoir un objet.

Pour un trouble lié aux opioïdes, l'enjeu peut être de réduire le risque de surdose, stabiliser l'usage, supprimer ou réduire l'usage non médical et restaurer une vie sociale et médicale plus stable. Pour d'autres substances, l'intervention peut reposer davantage sur des approches psychosociales, la prise en charge des troubles associés, le sommeil, l'anxiété, la dépression, les conditions sociales ou d'autres facteurs qui entretiennent la consommation.¹

Les standards OMS/UNODC insistent sur des traitements fondés sur les preuves et adaptés aux besoins individuels. Ils ne proposent pas une thérapie unique applicable à toutes les substances et à toutes les personnes.¹

Cette individualisation est importante parce que l'usage peut remplir des fonctions différentes. Retirer un produit qui servait à contrôler une douleur, une anxiété ou un sevrage sans traiter ce qu'il remplaçait peut laisser intacte la pression qui poussait à consommer.¹

Le traitement d'un trouble addictif n'est donc pas seulement l'absence de substance dans l'organisme. Il concerne les mécanismes de dépendance, les risques médicaux, l'environnement, les troubles associés et la capacité à retrouver un fonctionnement choisi.

Pour les opioïdes, substituer peut être traiter

Le traitement de la dépendance aux opioïdes est un cas décisif parce qu'il contredit une intuition morale fréquente : soigner une addiction ne signifie pas nécessairement supprimer immédiatement toute molécule de la même famille.^{2,3}

Les traitements agonistes opioïdes utilisent notamment la méthadone ou la buprénorphine dans un cadre médical. L'objectif n'est pas de reproduire les pics et l'intoxication d'un usage clandestin mais de stabiliser les récepteurs, prévenir le sevrage et réduire la recherche compulsive d'opioïdes.

L'OMS considère le traitement agoniste de maintenance comme l'intervention disposant de la base de preuves la plus solide pour de nombreux résultats dans la dépendance aux opioïdes. Elle associe ce traitement à une réduction de l'usage non médical, de la mortalité et de la morbidité, à une meilleure rétention dans les soins et à une réduction de certains risques infectieux.^{2,3}

En 2025 puis 2026, l'OMS a réaffirmé que ces traitements doivent être considérés comme des services de santé essentiels

et que des interruptions non planifiées peuvent être dangereuses.^{2,3}

Le mot « substitution » peut donner l'impression que l'on remplace simplement une drogue par une autre. Cette formulation ignore la différence entre une exposition stable, dosée et suivie médicalement et une succession de prises dont composition, puissance ou disponibilité sont incertaines.

Cela ne signifie pas que la méthadone ou la buprénorphine soient sans risque. Elles sont elles-mêmes des opioïdes et nécessitent une prescription et un suivi adaptés. Leur statut thérapeutique vient d'un rapport bénéfice-risque démontré dans un cadre précis.

Prévenir la mort avant de résoudre toute l'addiction

La réduction des risques part d'un principe différent du traitement curatif : certaines protections restent utiles même si la personne continue à consommer.⁴

La naloxone en est l'exemple le plus direct. Elle antagonise rapidement les effets des opioïdes et peut inverser une surdose si elle est administrée à temps. L'OMS recommande que les personnes susceptibles d'assister à une surdose - usagers, proches et autres personnes concernées - puissent avoir accès à la naloxone et apprendre à l'utiliser.⁴

Administrer de la naloxone ne traite pas à elle seule la dépendance. Cela empêche qu'une crise potentiellement réversible devienne un décès avant qu'un traitement plus large soit possible.

Cette logique peut sembler modeste : elle ne prétend pas résoudre immédiatement toutes les causes de la consommation.

Mais son critère est clair et vérifiable : diminuer la probabilité de mourir pendant une surdose.

Il n'existe aucune contradiction nécessaire entre réduction des risques et traitement. La première peut maintenir une personne en vie, limiter une infection ou créer un contact avec les services ; le second peut ensuite viser des transformations plus durables.

Aiguilles stériles : réduire un dommage qui n'est pas la drogue elle-même

Les programmes d'aiguilles et de seringues rendent encore plus visible cette distinction.

Une infection par le VIH ou l'hépatite C n'est pas un effet pharmacologique nécessaire de l'héroïne ou d'un autre produit injecté. Elle peut résulter du partage de matériel contaminé.⁵⁻⁷

Fournir du matériel stérile agit donc sur un dommage précis sans modifier directement l'effet de la substance consommée.

L'OMS considère les programmes d'aiguilles et seringues comme une composante fondée sur les preuves des réponses globales de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues. Son guide opérationnel de 2026 les intègre avec dépistage, traitements, vaccination, prévention des surdoses et accès aux services sociaux et médicaux.⁵⁻⁷

La littérature de santé publique mobilisée par l'OMS indique qu'un accès à du matériel stérile réduit les risques de transmission du VIH et qu'il n'existe pas de preuve convaincante que ces programmes augmentent, par eux-mêmes, l'initiation ou la fréquence de l'injection.⁵⁻⁷

L'objectif n'est donc pas de déclarer l'injection acceptable ou sans danger. Il est de refuser qu'un risque évitable d'infection soit utilisé comme instrument de dissuasion.

Réduction des risques ne signifie pas abandon

L'expression « réduction des risques » est parfois interprétée comme une résignation : puisqu'on ne peut pas arrêter l'usage, on se contenterait de le rendre moins dangereux.^{5,6}

Cette représentation oublie que le dispositif peut poursuivre plusieurs objectifs en même temps. Distribuer une seringue stérile peut prévenir une infection aujourd'hui ; le contact avec le service peut aussi permettre dépistage, vaccination, traitement de plaies, conseil, accès à un traitement de dépendance ou soutien social.

L'OMS présente précisément la réduction des risques comme un ensemble intégré à des services plus larges de santé.^{5,6}

La différence se trouve dans l'ordre des priorités. La protection immédiate n'est pas conditionnée à la réussite préalable d'une abstinence.

Ce choix peut être défendu ou contesté sur des valeurs différentes, mais il doit être décrit correctement : protéger une personne pendant qu'elle consomme n'est pas affirmer que sa consommation est sans problème.^{5,6}

Abstinence : un objectif possible, pas une définition unique du succès

Pour certaines personnes, l'abstinence complète constitue l'objectif recherché et peut être nécessaire ou préférable compte tenu de leur histoire, de la substance ou de leurs risques.¹

Pour d'autres, une réduction de fréquence, un passage à une voie moins dangereuse, la fin des consommations injectées, l'arrêt des mélanges à haut risque ou la stabilisation par traitement peuvent représenter des améliorations importantes.

Les standards de traitement contemporains évaluent donc plusieurs dimensions : usage, santé physique et mentale, mortalité, fonctionnement social, qualité de vie et maintien dans les soins.

Cette pluralité ne signifie pas que tout résultat se vaut. Elle signifie qu'un indicateur unique - présence ou absence totale de substance - peut manquer des transformations cliniquement importantes.

L'abstinence peut rester un objectif fort sans devenir une condition pour mériter soin, protection ou dignité.

Le consentement change la nature du traitement

Le soin peut lui-même devenir problématique lorsqu'il est imposé sans nécessité ou utilisé comme prolongement de la peine.^{1,8}

Les standards OMS/UNODC placent le respect des droits, de la dignité et du consentement éclairé parmi les principes éthiques du traitement. Leur formulation est explicite : le choix de commencer un traitement doit appartenir à la personne, sauf cadres exceptionnels définis par le droit et les standards médicaux applicables.^{1,8}

Le document conjoint sur les alternatives à la condamnation ou à la peine examine d'ailleurs principalement des modèles dans lesquels l'entrée en traitement conserve une dimension volontaire.

Cette exigence évite une confusion : remplacer une prison par un établissement coercitif qui impose un pseudo-traitement humiliant n'est pas automatiquement une transformation sanitaire de la politique.

Le mot « soin » ne garantit donc pas à lui seul la qualité de l'intervention. Il faut demander : fondée sur quelles preuves ? décidée par qui ? avec quel consentement ? quelle confidentialité ? quel droit d'arrêter ou de changer de traitement ?

La contrainte existe pourtant dans certains systèmes

Les systèmes réels ne se conforment pas tous à cet idéal.

Des juridictions utilisent des injonctions thérapeutiques, des tribunaux spécialisés, des conditions de probation ou des dispositifs où le choix entre traitement et sanction est fortement contraint.⁸

Ces modèles ne sont pas équivalents. Une proposition de traitement pour éviter une peine peut élargir l'accès aux soins ; elle peut aussi soulever des questions de consentement lorsque le refus expose à une sanction beaucoup plus lourde.

L'évaluation doit donc distinguer disponibilité d'une alternative, efficacité du traitement, équité d'accès et degré réel de choix.

Le prochain chapitre comparera plus directement ces architectures politiques. Ici, il suffit de constater que médicaliser une réponse pénale ne supprime pas automatiquement les questions de pouvoir.

Traiter sans fabriquer une identité de malade

Passer d'une lecture criminelle à une lecture sanitaire comporte enfin un autre risque : transformer la personne en maladie.¹

Une dépendance est un trouble qui peut nécessiter un traitement ; elle n'épuise pas l'identité de celui qui en souffre. La personne conserve relations, préférences, valeurs, responsabilités, capacités et projets.

Le langage importe donc. Les termes stigmatisants peuvent décourager les soins et renforcer l'idée qu'un individu serait défini durablement par son usage.

Les standards internationaux insistent sur la non-discrimination et sur un traitement comparable, dans son exigence éthique, à celui d'autres problèmes médicaux ou psychiatriques.

Cette approche ne supprime pas la responsabilité des actes envers autrui. Elle sépare le fait de traiter un trouble de l'idée de condamner une personne dans son ensemble.

Soigner l'environnement autant que le symptôme ?

Un traitement individuel peut également échouer si la personne retourne dans des conditions qui rendent la consommation presque fonctionnelle.¹

Instabilité du logement, douleur non traitée, violences, isolement, troubles psychiatriques, chômage ou exposition constante à des réseaux de consommation peuvent compliquer le rétablissement.

Cela ne signifie pas que ces facteurs expliquent chaque addiction ni qu'une amélioration sociale suffit à supprimer le trouble. Le chapitre 7 a justement montré l'interaction entre produit, personne, apprentissage et environnement.

Le soin peut donc nécessiter plusieurs niveaux : pharmacologique, psychothérapeutique, médical général, social et relationnel.

Cette pluralité explique pourquoi un système uniquement centré sur le sevrage immédiat peut produire des résultats fragiles s'il n'existe aucun suivi après la sortie.¹

Punir un dommage n'est pas traiter une dépendance

Il reste possible qu'une personne dépendante commette des actes qui justifient une réponse judiciaire indépendante de son trouble : violence, conduite dangereuse, vol, exploitation d'autrui ou participation à un trafic.

Reconnaître l'addiction comme problème de santé ne signifie donc pas que tout comportement associé disparaisse du droit pénal.

La distinction utile est fonctionnelle. La peine répond à une infraction et aux objectifs que le droit lui assigne. Le traitement répond à un trouble de santé. La réduction des risques répond à un danger immédiat ou évitable.

Une même personne peut relever simultanément de ces trois registres.

Les confondre produit de mauvaises évaluations : mesurer l'efficacité d'une peine uniquement par l'abstinence, ou mesurer l'efficacité d'un traitement uniquement par le fait qu'aucune

infraction future n'ait lieu, revient à donner à un outil une fonction qu'il ne possède pas nécessairement.

Une réponse sanitaire ne résout pas toute la politique des drogues

Ce chapitre pourrait donner l'impression que le passage du pénal au sanitaire résout la question. Ce serait prématuré.

Même un système de soins excellent ne répond pas à la question du marché : qui peut produire, vendre ou acheter la substance ? Quel niveau de puissance est autorisé ? Quel âge minimum ? Quelle publicité ? Quel prix ? Quel contrôle de qualité ?

La réduction des risques peut diminuer certains dommages dans un marché interdit sans modifier son statut juridique. Le traitement peut aider une personne dépendante sans réduire le profit d'un réseau criminel. La dépénalisation de la possession peut réduire certaines conséquences pénales tout en maintenant illégales production et vente.

Nous devons donc maintenir deux niveaux distincts : que faisons-nous de la personne, et que faisons-nous du produit et de son marché ?

Le présent chapitre répond au premier.

Le suivant répondra au second en examinant ce qui se produit lorsque des juridictions modifient réellement leur régime : dépénalisation, prescription contrôlée, légalisation réglementée ou autres formes de régulation.

Notes et sources

[1] OMS/UNODC, International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, édition révisée 2020. Principes de traitement fondé sur les preuves, individualisé, éthique, non discriminatoire et respectueux de la dignité et du consentement.

<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

[2] OMS, mise à jour 2026 des recommandations sur le traitement de la dépendance aux opioïdes et la prévention des surdoses. L'OMS réaffirme une recommandation forte en faveur des traitements agonistes avec méthadone et buprénorphine et étend conditionnellement la recommandation à certaines formulations injectables prolongées de buprénorphine. <https://www.who.int/news/item/02-04-2026-who-updates-guidelines-on-opioid-dependence-treatment-and-overdose-prevention>

[3] OMS, guidance 2025 sur le maintien du traitement agoniste opioïde comme service de santé essentiel. L'OMS associe ce traitement à des réductions de mortalité, morbidité, usage non médical et transmissions VIH/VHC, ainsi qu'à une meilleure rétention dans les soins. <https://www.who.int/news/item/16-12-2025-who-s-new-guidance-on-maintaining-opioid-agonist-maintenance-treatment-as-an-essential-health-service>

[4] OMS, Community management of opioid overdose, 2014, et fiche « Opioid overdose » actualisée. Recommandation d'accès à la naloxone et de formation pour les personnes susceptibles d'assister à une surdose.

<https://pmnch.who.int/resources/publications/i/item/9789241548816> ;

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

[5] OMS, « People who inject drugs » : approche globale associant programmes d'aiguilles-seringues, traitement agoniste opioïde, distribution communautaire de naloxone, dépistage, vaccination et soins. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>

[6] OMS, Needle and syringe programmes for people who inject drugs: operational guide, 2026. Guide fondé sur les recommandations de l'OMS pour la mise en oeuvre et l'intégration des programmes d'aiguilles et seringues dans des réponses de réduction des risques plus larges.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240116214>

[7] OMS, guidance sur la prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues : les programmes d'aiguilles-seringues et les traitements agonistes/substitutifs sont étayés par une base de preuves pour réduire les risques infectieux ; l'examen de l'OMS ne trouve pas de preuve convaincante d'une augmentation de l'initiation, de la durée ou de la fréquence de l'injection attribuable aux programmes de seringues.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43107/9241591641.pdf>

[8] OMS/UNODC, Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment, 2018. Présente des modèles de diversion vers le traitement compatibles avec les

conventions internationales et précise que les modèles examinés reposent principalement sur un choix de traitement par la personne.
<https://www.who.int/publications/i/item/treatment-and-care-for-people-with-drug-use-disorders-in-contact-with-the-criminal-justice-system-alternatives-to-conviction-or-punishment>

[9] Le chapitre ne présente pas la réduction des risques, le traitement ou l'abstinence comme des objectifs mutuellement exclusifs. Leur pertinence dépend du trouble, du produit, des risques, des préférences de la personne et du cadre clinique.

Chapitre 13 — Que se passe-t-il lorsqu'on réglemente autrement ?

Le débat public réduit souvent la politique des drogues à une alternative : prohibition ou légalisation. Cette opposition efface presque tout l'espace situé entre les deux.¹

Un État peut maintenir illégales production et vente tout en retirant la prison pour la possession personnelle. Il peut transformer une infraction pénale en infraction administrative. Il peut autoriser un médicament dérivé d'une substance interdite. Il peut prescrire, sous conditions strictes, la substance même que le marché clandestin vend illégalement. Il peut légaliser une substance tout en interdisant publicité, vente aux mineurs, certaines formes de produits ou certaines concentrations.

Ces choix ne produisent pas le même système.

La question de ce chapitre n'est donc pas « la légalisation marche-t-elle ? ». Elle est : que change exactement chaque modification du régime, quels mécanismes cherche-t-elle à transformer, quels effets observe-t-on, et quels nouveaux problèmes apparaissent ?

Dépénaliser n'est pas légaliser

La première distinction est juridique. Dépénaliser signifie retirer ou réduire le caractère pénal d'un comportement, généralement la possession ou l'usage personnel. Le produit peut rester interdit à la production et à la vente.¹

L'Agence de l'Union européenne sur les drogues rappelle cette différence : dans la dépénalisation, le comportement peut rester une infraction et entraîner une réponse administrative ;

dans la légalisation, un comportement auparavant interdit devient permis dans un cadre défini.

Cette distinction change le mécanisme attendu. Dépénaliser la possession ne crée pas nécessairement une usine légale, des magasins, de la publicité ou une fiscalité. Le marché d'approvisionnement peut demeurer clandestin. En revanche, le contact entre l'utilisateur et le système pénal peut diminuer ou changer de forme.

Légaliser l'offre agit sur une autre partie du système : qui peut produire, vendre, contrôler la qualité et percevoir les revenus.

Utiliser un seul mot pour ces deux réformes rend impossible l'évaluation de leurs effets.

Portugal : déplacer l'usage hors du droit pénal sans légaliser le marché

Le Portugal constitue le cas le plus célèbre de dépénalisation générale de la possession pour usage personnel. La loi adoptée en 2000 et entrée en application en 2001 retire du droit pénal l'usage et la possession de petites quantités destinées à la consommation personnelle.²

La substance n'est pas pour autant légalement vendue. Le trafic demeure une infraction pénale. Lorsqu'une personne est trouvée en possession d'une quantité relevant de l'usage personnel, elle peut être orientée vers une Commission pour la dissuasion de la toxicodépendance, structure administrative associant compétences juridiques, sanitaires et sociales.

Le modèle portugais est donc mal décrit par la phrase « le Portugal a légalisé toutes les drogues ». Il a modifié la réponse à

l'utilisateur tout en maintenant l'interdiction de l'offre non autorisée.

Cette réforme appartenait en outre à une stratégie plus large développée à partir de 1999 : prévention, traitement, réduction des risques, coordination institutionnelle et réponses sociales. Isoler la seule modification pénale puis lui attribuer tous les changements ultérieurs serait méthodologiquement fragile.²

Les profils de politique publiés par l'ancienne EMCDDA, aujourd'hui EUDA, insistent précisément sur cette architecture intégrée plutôt que sur une simple suppression des sanctions.²

Le Portugal n'est pas une expérience de laboratoire

Le cas portugais est souvent présenté soit comme preuve définitive du succès de la dépénalisation, soit comme preuve de son échec. Ces deux usages dépassent ce que permet une comparaison historique nationale.^{2,3}

Un pays ne change pas une seule variable tandis que tout le reste reste constant. Les marchés évoluent, les cohortes vieillissent, les traitements changent, de nouvelles substances apparaissent et les ressources publiques varient.

On peut observer des trajectoires de mortalité, d'infections, d'usage, de traitement et de criminalité avant et après 2001. Il est beaucoup plus difficile d'attribuer l'intégralité d'une trajectoire à la seule dépénalisation.^{2,3}

La valeur du Portugal pour ce livre est donc d'abord institutionnelle : il démontre qu'il est possible de maintenir illégale l'offre de drogues tout en faisant sortir la possession personnelle du traitement pénal ordinaire et en orientant

d'avantage la réponse vers des structures administratives et sanitaires.

L'étude du modèle doit ensuite comparer des indicateurs précis plutôt que prononcer un verdict global.^{2,3}

La Suisse : ne pas choisir un seul outil

La Suisse offre une autre transformation. Face aux scènes ouvertes de consommation et à l'épidémie d'héroïne des années 1980 et 1990, la Confédération développe une politique dite des quatre piliers : prévention, thérapie, réduction des risques et répression.⁴

Cette architecture est importante parce qu'elle refuse qu'un seul instrument remplisse toutes les fonctions. La répression demeure pour certaines activités ; la prévention cherche à réduire l'initiation ou les usages problématiques ; la thérapie traite les personnes dépendantes ; la réduction des risques agit sur les dommages immédiats.

La politique a été progressivement institutionnalisée puis inscrite dans la loi sur les stupéfiants avec la révision adoptée en 2008.⁴

L'Office fédéral de la santé publique présente aujourd'hui ce modèle comme applicable non seulement aux drogues illégales mais aussi à l'alcool, au tabac, aux médicaments et à certaines addictions comportementales.

La Suisse ne constitue donc ni un exemple de légalisation générale ni un exemple de prohibition abandonnée. Elle montre une autre manière de distribuer les fonctions entre institutions.

4

Prescrire l'héroïne : changer le marché sans changer la molécule

Le programme suisse de diacétylmorphine rend cette logique particulièrement visible.

La diacétylmorphine est la forme pharmaceutique de l'héroïne. Pour des personnes présentant une dépendance grave et répondant à des critères stricts, elle peut être administrée légalement dans des centres spécialisés, sous contrôle médical et accompagnement psychosocial.⁵

L'Office fédéral de la santé publique indique que cette approche a été expérimentée à partir de 1994 puis inscrite dans le droit suisse. En 2024, environ 1 800 personnes recevaient ce traitement dans 22 institutions spécialisées.⁵

Le mécanisme politique est remarquable : la molécule n'est pas rendue librement disponible. Son approvisionnement est déplacé d'un marché clandestin vers une relation thérapeutique très contrôlée pour un groupe limité de patients.

L'OFSP rapporte dans son suivi une amélioration de la santé physique et psychique ainsi que de la situation sociale des personnes traitées et une diminution de la criminalité liée à l'approvisionnement.⁵

Cela ne signifie pas que la prescription de diacétylmorphine soit adaptée à toute dépendance aux opioïdes. Les critères suisses la réservent notamment aux dépendances sévères après échecs de traitements antérieurs. Le cas montre plutôt qu'entre interdiction absolue et vente commerciale existe une troisième possibilité : l'accès médical très réglementé.

Canada : légaliser l'offre tout en essayant de la contraindre

Le Canada permet d'observer une transformation différente. Depuis le 17 octobre 2018, la loi fédérale autorise et réglemente le cannabis non médical pour les adultes dans un cadre où provinces et territoires organisent une grande partie de la distribution.⁶

La loi poursuit plusieurs objectifs simultanés : protéger la santé et la sécurité, restreindre l'accès des jeunes, assurer aux adultes un accès à une offre contrôlée et déplacer une partie du marché illicite.⁶

La légalisation ne signifie donc pas absence de règles. Le cadre fédéral impose notamment des restrictions de promotion, de conditionnement et d'étiquetage ; les provinces peuvent ajouter leurs propres modèles de vente, âges minimums ou règles de distribution.

Cette architecture crée cependant un véritable marché légal. Contrairement au Portugal, il ne s'agit plus seulement de modifier la sanction appliquée au consommateur : la production et la vente peuvent être autorisées à des entreprises sous licence.

Le conflit analysé au chapitre 9 réapparaît alors : pour déplacer le marché clandestin, l'offre légale doit être suffisamment accessible et compétitive ; pour protéger la santé, le même système peut chercher à limiter disponibilité, attractivité, puissance ou promotion.

Le marché légal a réellement remplacé une partie du marché clandestin

Les données canadiennes montrent un déplacement important des sources d'approvisionnement déclarées.

Dans l'Enquête canadienne sur le cannabis de 2024, 72 % des personnes ayant consommé du cannabis au cours des douze mois précédents déclaraient acheter habituellement auprès d'une source légale, contre 37 % en 2019. Trois pour cent déclaraient un achat habituel auprès d'une source illégale, contre 16 % en 2019.⁷

Ces chiffres proviennent d'une enquête déclarative et ne constituent pas une mesure comptable exhaustive du marché illicite. Ils indiquent néanmoins un déplacement substantiel des achats vers le système réglementé.

Ce résultat répond à l'un des mécanismes recherchés par la légalisation : proposer une offre dont la composition, le fabricant et l'étiquetage peuvent être réglementés, tout en retirant une partie des revenus au marché clandestin.

Il n'établit pas que le marché illicite ait disparu. Des sources sociales, de l'autoproduction et des achats non autorisés subsistent.

Mais légaliser modifie aussi l'usage et les formes de dommage

Déplacer le marché n'est pas le seul effet à mesurer.

L'enquête canadienne de 2024 indique que 26 % des personnes de seize ans et plus déclaraient un usage non médical au cours des douze derniers mois, contre 22 % en 2018. Parmi les personnes ayant consommé, la part déclarant un usage

quotidien ou quasi quotidien était globalement stable sur la période, autour d'un quart.⁷⁻⁹

Les enquêtes scolaires canadiennes ne montrent pas une explosion uniforme de l'usage des jeunes : en 2023-2024, 18 % des élèves interrogés déclaraient avoir consommé du cannabis dans l'année et les indicateurs n'avaient pas significativement changé depuis 2021-2022. Les séries et définitions varient toutefois selon les enquêtes, ce qui interdit les comparaisons simplistes.⁷⁻⁹

Les revues systématiques sur le Canada et l'Amérique du Nord décrivent par ailleurs des effets sanitaires plus contrastés : augmentation de certains recours hospitaliers chez les adultes, intoxications accidentelles par produits comestibles chez des enfants, diversification des produits et évolution de certains comportements de consommation.

Autrement dit, la légalisation peut réduire fortement un type de dommage - par exemple certaines arrestations ou l'achat auprès de sources illégales - tout en augmentant ou transformant d'autres expositions.

Les arrestations baissent, les disparités ne disparaissent pas nécessairement

L'un des effets les plus directs d'une dépénalisation ou d'une légalisation est mécanique : si un comportement cesse d'être criminel, les arrestations correspondantes peuvent diminuer.¹⁰

Une revue systématique publiée en 2025 a examiné les infractions liées au cannabis après différentes réformes nord-américaines. Les études retenues trouvaient généralement des réductions importantes après dépénalisation ou légalisation de l'usage non médical.¹⁰

Mais les écarts relatifs entre groupes raciaux ou ethniques ne disparaissaient pas de manière uniforme. Certaines études observaient une réduction des disparités, d'autres leur persistance ou leur augmentation relative.¹⁰

Ce résultat est conceptuellement important. Supprimer une infraction peut réduire le nombre absolu de contacts avec la justice sans supprimer toutes les inégalités du système pénal.

Il faut donc mesurer séparément nombre total d'arrestations, distribution des arrestations restantes et autres infractions éventuellement utilisées.

Le modèle de marché compte autant que le mot légalisation

Le Canada permet aussi de comprendre pourquoi deux légalisations peuvent produire des résultats différents.

Un marché commercial à forte densité de magasins, prix bas, produits très puissants et marketing important n'est pas équivalent à un monopole public, à un système associatif, à une vente limitée à certains points ou à un modèle sans publicité.^{6,9}

Les mêmes instruments déjà observés pour l'alcool et le tabac redeviennent pertinents : taxation, prix minimum, limitations de puissance, tailles de portions, avertissements, âge minimum, horaires, densité des points de vente et restrictions publicitaires.

Le mot « légal » décrit donc seulement la disparition d'une interdiction. Il ne décrit pas l'architecture du marché qui la remplace.^{6,9}

Cette distinction est fondamentale pour le lien avec Consumérisme : l'opium du peuple ?. Une réglementation qui remplace un marché clandestin par un marché commercial introduit potentiellement de nouveaux acteurs dont le revenu

dépend de la répétition des ventes. La comparaison ne permet pas de conclure que toute légalisation produit nécessairement une industrie agressive ; elle oblige à examiner les règles qui structurent ses incitations.

Le trafic et l'usage personnel n'exigent pas forcément la même politique

Les expériences précédentes montrent également qu'une politique peut traiter différemment la possession, l'usage, la production et la vente.

Le Portugal dépénalise la possession personnelle sans légaliser le trafic. La Suisse maintient la répression comme l'un de ses quatre piliers tout en développant réduction des risques et prescription contrôlée. Le Canada légalise et réglemente une chaîne d'offre pour le cannabis tout en maintenant de nombreuses infractions autour de la vente non autorisée et de l'accès des jeunes.

Il n'existe donc pas de nécessité juridique ou pratique à appliquer un seul niveau de contrôle à toutes les étapes.

Cette modularité permet théoriquement de cibler des objectifs différents : réduire les conséquences pénales pour l'usager, conserver une action contre les organisations violentes, contrôler la composition du produit ou limiter la commercialisation.

Elle crée aussi une politique plus complexe à évaluer, car plusieurs règles changent simultanément.

Une réforme déplace les dommages autant qu'elle peut les réduire

L'une des leçons communes à ces cas est qu'une réforme transforme la distribution des risques.

Dépénaliser peut réduire certaines arrestations sans contrôler la qualité du produit clandestin. Prescrire une substance peut sécuriser l'approvisionnement d'un petit groupe sans transformer tout le marché. Légaliser peut supprimer certaines infractions et offrir une composition contrôlée tout en augmentant la disponibilité commerciale ou en créant de nouvelles formes de produits.

La question pertinente n'est donc pas seulement : les dommages ont-ils diminué ? Il faut demander lesquels.

Une politique peut réduire incarcération et contamination sans réduire la prévalence d'usage. Une autre peut réduire l'usage mais augmenter le risque des produits qui restent disponibles. Une troisième peut déplacer les consommateurs vers une source réglementée tout en faisant apparaître de nouveaux problèmes d'intoxication ou de marketing.

Cela signifie qu'un verdict unique du type « ça marche » masque presque toujours plusieurs indicateurs.

Comment comparer réellement les régimes

Le livre retiendra donc une grille commune lorsqu'il compare des réformes :

- usage : prévalence, fréquence et âge d'initiation ;
- addiction : troubles liés à l'usage et accès au traitement ;
- mortalité et morbidité : surdoses, maladies, accidents, intoxications ;

- dommages à autrui : conduite, violence, exposition accidentelle et autres conséquences ;
- marché : prix, puissance, composition, part légale ou clandestine et criminalité organisée ;
- justice : arrestations, poursuites, condamnations, prison et distribution sociale de ces conséquences ;
- économie : recettes, profits, coûts publics et incitations des acteurs commerciaux ;
- équité et accès : qui bénéficie de la réforme, qui reste exposé aux risques et qui reste sanctionné.

Aucun de ces indicateurs ne peut absorber les autres.

Une réforme qui améliore cinq dimensions et en dégrade une sixième pose un arbitrage de valeurs et de politique publique ; les données peuvent rendre cet arbitrage plus explicite, mais elles ne le décident pas seules.

C'est aussi pourquoi les comparaisons internationales doivent rester prudentes. Le même texte juridique appliqué à des marchés, systèmes de santé et cultures différents peut produire des effets différents.

Ce que les expériences réelles interdisent désormais de prétendre

Après le Portugal, la Suisse, le Canada et les autres juridictions ayant modifié leurs politiques, certaines simplifications deviennent difficiles à soutenir.

Il n'est plus exact de parler de « légalisation » comme d'un modèle unique. Il n'est pas exact de dire que dépenaliser l'usage revient à légaliser la vente. Il n'est pas exact non plus de supposer qu'une politique plus sanitaire supprime nécessairement toute répression.

Inversement, les expériences disponibles ne démontrent pas qu'un régime puisse supprimer tous les coûts associés aux drogues. Les substances continuent d'avoir leurs risques, les marchés réagissent aux règles et les nouveaux dispositifs créent leurs propres effets secondaires.

Les expériences réelles remplacent donc une question idéologique unique par un problème d'ingénierie politique : quelles règles produisent quels effets pour quels groupes, à quelle échelle et pendant combien de temps ?

C'est là que se referme le corps principal de ce livre.

Nous sommes partis d'une question de vocabulaire - qu'est-ce qu'une drogue ? - pour arriver à une question de choix collectif : quels dommages une société accepte-t-elle, lesquels cherche-t-elle à réduire et par quels instruments ?

La conclusion devra maintenant reprendre l'ensemble de cette trajectoire sans choisir à la place du lecteur la politique qu'il doit préférer.

Notes et sources

[1] Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA), « Cannabis policy: status and recent developments ». Définitions comparatives : dépénalisation = passage d'une réponse criminelle à une réponse non criminelle ; légalisation = passage d'un comportement interdit à un comportement permis dans un cadre défini.

https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/cannabis-policy/html_en

[2] EUDA/EMCDDA, Drug policy profiles - Portugal, 2011, et Country Drug Report Portugal 2017. La loi 30/2000, appliquée à partir de juillet 2001, dépénalise l'usage et la possession de petites quantités pour usage personnel et renvoie les situations vers les Commissions pour la dissuasion ; le trafic reste pénal.

https://www.euda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal_en

[3] Les évolutions portugaises postérieures à 2001 sont interprétées avec prudence : la réforme faisait partie d'une stratégie nationale plus large comprenant traitement, prévention, réduction des risques et coordination. Les séries historiques ne permettent pas d'attribuer chaque changement à la seule dépénalisation.

- [4] Office fédéral suisse de la santé publique (OFSP), « La politique des quatre piliers en matière d'addictions ». La politique suisse combine prévention, thérapie, réduction des risques et répression et a été inscrite dans la loi avec la révision de 2008. <https://www.bag.admin.ch/fr/la-politique-des-quatre-piliers>
- [5] OFSP, « Traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne) », mise à jour 2026. Traitement strictement réglementé destiné aux dépendances graves, environ 1 800 patients en 2024 dans 22 institutions spécialisées ; suivi officiel rapportant améliorations sanitaires et sociales et baisse de la criminalité liée à l'approvisionnement. <https://www.bag.admin.ch/fr/traitement-avec-prescription-de-diacetylmorphine-heroine>
- [6] Santé Canada, Legislative Review of the Cannabis Act: Final Report of the Expert Panel, mars 2024. Examen officiel indépendant des objectifs de santé publique, accès réglementé, marché illicite, jeunesse et autres effets de la loi entrée en vigueur le 17 octobre 2018. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-medication/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel.html>
- [7] Santé Canada, Enquête canadienne sur le cannabis 2024. Parmi les consommateurs, 72 % déclaraient un achat habituel auprès d'une source légale et 3 % un achat habituel auprès d'une source illégale ; l'usage non médical annuel déclaré parmi les 16 ans et plus était de 26 %, contre 22 % en 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2024-sommaire.html>
- [8] Santé Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2023-2024. Dix-huit pour cent des élèves déclaraient un usage de cannabis dans l'année ; pas de changement statistique de cet indicateur entre 2021-2022 et 2023-2024. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2023-2024-key-findings.html>
- [9] Farrelly, K. N. et al., « The Impact of Recreational Cannabis Legalization on Cannabis Use and Associated Outcomes: A Systematic Review », 2023. La littérature canadienne post-légalisation décrit réduction des arrestations et des prix, diversification des produits et plusieurs évolutions sanitaires défavorables, avec limites d'observation et d'inférence causale. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37187466/>
- [10] McCarthy, S. D. S. et al., « Evaluating the association between cannabis decriminalization and legalization and cannabis arrests and related disparities: A Systematic review », International Journal of Drug Policy, 2025. Dépénalisation et légalisation sont généralement associées à des baisses d'infractions liées au cannabis, tandis que l'évolution des disparités raciales/ethniques reste variable. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39914039/>

[11] Les cas étudiés ici ne constituent pas un classement des politiques. Chaque modèle est décrit selon ses mécanismes et ses résultats documentés ; le jugement normatif dépend des objectifs et pondérations retenus par la décision publique.

Conclusion — Les dépendances que nous choisissons

Nous étions partis d'une question apparemment simple : pourquoi certaines substances sont-elles appelées drogues et interdites, alors que d'autres sont vendues comme boissons, médicaments ou produits ordinaires ?

Treize chapitres plus tard, aucune définition unique ne permet de faire coïncider parfaitement pharmacologie, danger, addiction, statut médical et statut juridique. Ce constat n'abolit pas les différences entre substances. Il oblige au contraire à les décrire plus précisément.

Une substance peut être psychoactive sans être illégale. Elle peut être légale sans être peu dangereuse. Elle peut être médicalement utile tout en pouvant produire dépendance ou surdose. Elle peut être interdite sans présenter le même profil de risque qu'une autre substance placée dans la même catégorie juridique. Et une addiction peut exister sans qu'aucune substance ne soit ingérée.

Le problème n'était donc pas de découvrir que « tout est une drogue ». Cette formule ferait disparaître exactement les distinctions que l'enquête a permis de construire. Le résultat est presque inverse : le mot drogue recouvre trop de dimensions pour pouvoir servir seul de mesure du danger, de la dépendance ou de la bonne politique.

Ce que la légalité ne dit pas

L'alcool suffit à montrer pourquoi le statut légal ne peut pas être utilisé comme raccourci sanitaire. L'Organisation mondiale de la santé décrit l'éthanol comme une substance psychoactive,

toxique et susceptible d'entraîner une dépendance, et lui attribuait environ 2,6 millions de décès dans le monde en 2019.¹

Cette donnée ne démontre pas qu'une autre substance devrait être légalisée. Elle démontre seulement que la légalité n'est pas une certification d'innocuité.

La morphine fournit l'exemple inverse : un opioïde fortement contrôlé peut rester un médicament essentiel. Sa capacité à soulager une douleur sévère et sa capacité à provoquer dépression respiratoire ou dépendance ne s'annulent pas. Elles appartiennent au même produit, utilisé dans des conditions différentes.¹

Le statut légal doit donc être lu comme une décision institutionnelle sur les conditions d'accès, et non comme un résumé fidèle de la pharmacologie.

Ce que l'illégalité ne dit pas

L'illégalité ne suffit pas davantage à mesurer le danger intrinsèque. Les listes de stupéfiants sont le produit d'une histoire : conventions internationales, choix nationaux, préoccupations médicales, transformations de la pharmacie, mouvements moraux, rapports impériaux, représentations sociales et parfois discriminations documentées.

Cela ne rend pas automatiquement les interdictions injustifiées aujourd'hui. Une politique peut avoir changé de justification depuis son origine. Mais cela empêche de prendre la classification actuelle comme si elle constituait, par elle-même, une hiérarchie scientifique des substances.

Le classement juridique doit être évalué par ses objectifs et ses effets présents, pas sanctifié simplement parce qu'il existe depuis longtemps.

Le dommage vient de plusieurs endroits à la fois

L'une des distinctions les plus importantes du livre concerne l'origine du dommage.

Une partie vient directement de la substance : toxicité aiguë, maladie chronique, altération de la conduite, sevrage, surdose ou interaction.

Une autre partie peut venir du marché : concentration variable, produit contrefait, publicité, disponibilité, conception destinée à favoriser l'usage répété, ou au contraire absence de contrôle qualité dans un marché clandestin.

Une troisième partie vient de la réponse institutionnelle : arrestation, casier, incarcération, rupture de soins, coûts judiciaires ou distribution inégale de la répression.

Ces trois chaînes causales peuvent se renforcer ou se compenser. Une politique qui réduit l'une peut augmenter une autre.

C'est pourquoi la question « combien de morts la drogue cause-t-elle ? » est indispensable mais insuffisante. Il faut également demander combien de dommages proviennent du produit, du contexte d'usage, du marché et des politiques qui l'entourent.

L'addiction n'est pas la substance

Le détour par les paris, le jeu vidéo et l'alimentation a déplacé une autre frontière.

Le trouble du jeu d'argent démontre qu'une addiction comportementale peut exister sans administration d'une molécule psychoactive. Le jeu vidéo montre qu'un comportement intensif ne devient pas automatiquement une addiction. Le débat sur les aliments ultra-transformés montre

enfin qu'une ressemblance avec certains mécanismes addictifs ne suffit pas à produire immédiatement une nouvelle catégorie clinique.

Cela protège contre le réductionnisme dopaminergique. Plaisir, récompense, répétition, habitude, dépendance physique et addiction ne sont pas des synonymes.

La dopamine participe à l'apprentissage, à la motivation et au renforcement ; elle ne transforme pas tout comportement qui la mobilise en drogue.

Cette distinction est essentielle pour une société qui multiplie les produits et environnements capables de capter l'attention et de favoriser la répétition. Les comparer aux addictions peut être instructif. Les déclarer identiques ne l'est pas.

Les politiques ne poursuivent pas toutes le même objectif

Une grande partie des désaccords politiques vient peut-être de là : deux personnes peuvent discuter de « la meilleure politique des drogues » alors qu'elles n'essaient pas de minimiser la même chose.^{3,4}

Une politique peut chercher principalement à réduire :

- le nombre de personnes qui utilisent une substance ;
- le nombre de personnes qui développent une addiction ;
- les décès et maladies ;
- les dommages causés à des tiers ;
- l'exposition des mineurs ;
- le pouvoir du crime organisé ;
- la circulation de produits de composition inconnue ;
- les arrestations, condamnations et incarcérations ;
- les dépenses publiques ;

- ou la commercialisation et les incitations économiques à augmenter la consommation.

Ces objectifs se recoupent parfois, mais pas toujours. Une mesure peut réduire les arrestations sans réduire immédiatement la prévalence d'usage. Une autre peut diminuer l'accès mais augmenter l'incertitude sur la composition du produit qui reste disponible. Une troisième peut déplacer les achats vers un marché réglementé tout en augmentant l'exposition commerciale.

Les données peuvent aider à mesurer ces effets. Elles ne peuvent pas décider seules quel dommage doit recevoir le plus de poids.

Cette dernière étape appartient au jugement politique et moral : quelle liberté accepte-t-on de restreindre, quelle protection exige-t-on, quel coût estime-t-on proportionné, et qui doit supporter les conséquences de la politique choisie ?

Dépénaliser, soigner, réglementer : des verbes différents

Les expériences du Portugal, de la Suisse et du Canada ont surtout appris à ne plus employer « légalisation » comme un mot magique.⁴

Dépénaliser la possession personnelle ne crée pas nécessairement un marché légal. Orienter vers le soin ne supprime pas forcément la répression du trafic. Prescrire une substance sous contrôle médical n'autorise pas sa vente libre. Légaliser une chaîne d'offre n'oblige pas à autoriser publicité, haute puissance ou vente sans restriction.

La politique des drogues est donc modulaire. Les règles peuvent être différentes pour production, vente, possession, usage, publicité, âge, composition et accès médical.

Cette modularité rend les slogans moins satisfaisants, mais elle permet une question plus précise : quel instrument correspond réellement au problème que l'on cherche à réduire ?

Une société peut à la fois punir, soigner et vendre

La dissonance initiale apparaît maintenant sous une forme plus complète.

Une même société peut emprisonner pour certaines formes de possession ou de vente, financer un traitement par méthadone, autoriser des médicaments opioïdes, taxer l'alcool et le tabac, interdire leur vente aux mineurs et reconnaître une addiction sans substance comme le jeu d'argent.

Ces réponses ne sont pas nécessairement incohérentes. Elles peuvent correspondre à des risques, usages et institutions différents.

Mais elles deviennent incohérentes lorsqu'elles ne peuvent plus expliquer les principes qui justifient leurs différences. Si deux produits comparables sur le critère invoqué sont traités de manière radicalement différente, il faut pouvoir montrer quelles autres dimensions justifient l'écart.

Le livre ne propose donc pas une équivalence générale. Il propose une exigence de cohérence : préciser le critère, l'échelle, la durée, les bénéficiaires, les exclus et les coûts déplacés.

Qui supporte le coût ?

À chaque étape est revenue la même question.

Lorsque l'alcool est commercialisé, une partie du coût peut être supportée par l'usager, ses proches, des victimes d'accidents et le système de santé. Lorsque des opioïdes pharmaceutiques sont surprescrits, patients, familles et collectivités peuvent supporter les conséquences d'un marché initialement médical.

Lorsque des drogues sont interdites, le consommateur peut supporter le risque d'une composition inconnue ; les quartiers et pays de transit peuvent subir la violence des marchés clandestins ; les contribuables financent police, justice et prison ; les personnes condamnées supportent des conséquences qui dépassent parfois largement l'effet pharmacologique de la substance.

Aucune politique ne supprime tous ces coûts. Elle les répartit différemment.

Cela conduit à une question plus exigeante que « pour ou contre la drogue ? » : qui reçoit les bénéfices d'un régime et qui en supporte les dommages ?

Les dépendances que nous choisissons

Le titre de cette conclusion doit être compris avec prudence. Une personne ne choisit pas toujours de devenir dépendante, et une société ne se réunit pas consciemment pour décider quelles addictions elle souhaite produire.

Le choix est institutionnel dans un sens plus limité : nous choisissons collectivement des régimes différents pour des substances et comportements capables, chez certaines personnes, de produire des formes de dépendance.

Nous choisissons d'en interdire certains, d'en prescrire certains, d'en taxer certains, d'en vendre certains sous licence et d'en traiter certains comme des divertissements.

Ces choix sont hérités autant que décidés. Ils portent des siècles d'histoire, des industries, des habitudes, des conventions et des compromis. Mais ils restent modifiables.

La question n'est donc pas de parvenir à un tableau dans lequel tous les produits recevraient exactement le même statut. Une politique cohérente peut légitimement traiter différemment des objets différents.

Elle doit seulement pouvoir dire pourquoi.

Ce que le livre laisse volontairement au lecteur

Les données rassemblées ici ne donnent pas un ordre politique automatique.

On peut accorder davantage de poids à la liberté individuelle ou à la réduction de l'usage ; davantage à la protection de la santé ou à la limitation du pouvoir pénal ; davantage aux dommages immédiats ou aux effets de long terme. Ces priorités changent les arbitrages.

Le rôle de l'enquête était de rendre ces arbitrages visibles, non de les masquer derrière une catégorie.

Nous pouvons donc terminer le corps de l'argument par quelques exigences minimales : ne pas prendre légal pour sûr ; ne pas prendre illégal pour scientifiquement plus dangereux ; ne pas confondre usage et addiction ; ne pas confondre mécanisme pharmacologique et conséquence sociale ; ne pas attribuer au produit les dommages du marché sans preuve ; ne pas attribuer à la prohibition tous les dommages associés à la drogue sans distinguer les chaînes causales ; et ne pas appeler « réussite » une politique avant d'avoir précisé ce qu'elle cherchait à obtenir.

Une fois ces distinctions tenues, le débat devient moins confortable mais plus honnête.

Une dernière boucle reste à fermer

Il reste pourtant une question que ce livre n'a pas vocation à développer entièrement.

Nous avons rencontré plusieurs fois une situation dans laquelle la répétition d'un comportement produit un revenu : alcool, tabac, paris, médicaments, cannabis commercial et autres produits de consommation.

Cela ne signifie pas que tout marché crée une addiction, ni que toute consommation répétée soit pathologique.

Mais lorsqu'une satisfaction peut être vendue encore et encore, une question économique apparaît à côté de la question clinique : que se passe-t-il lorsque la répétition du désir devient elle-même une source de revenu ?

C'est le point où cette enquête rejoint une autre : celle de Consumérisme : l'opium du peuple ?.

L'épilogue ne rouvrira pas ce livre. Il montrera seulement pourquoi les deux enquêtes finissent par se rencontrer - et où leur comparaison doit s'arrêter.

Notes et sources de synthèse

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), « Alcool », 28 juin 2024. L'éthanol est une substance psychoactive et toxique qui peut entraîner une dépendance ; environ 2,6 millions de décès lui étaient attribuables en 2019. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol/>

[2] UNODC, World Drug Report 2025, Key findings. Environ 6,1 millions de personnes ont eu un contact formel avec la police pour des infractions liées aux drogues en 2023 ; environ deux tiers pour usage ou possession. L'UNODC souligne que les données judiciaires varient fortement entre pays.

https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2025/WDR25_B1_Key_findings.pdf

[3] OMS/UNODC, International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, 2020. Référence commune pour des traitements fondés sur les preuves, éthiques et adaptés aux besoins. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

[4] Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA), ressources de politique du cannabis. L'EUDA distingue explicitement dépénalisation, décriminalisation et légalisation et rappelle que ces termes décrivent des changements juridiques différents. https://www.euda.europa.eu/publications/topic-overviews/cannabis-policy/html_en

[5] Cette conclusion ne classe pas les régimes politiques et n'en désigne aucun comme solution générale. Elle synthétise les fonctions, effets et arbitrages décrits dans les chapitres précédents.

Épilogue — Du marché des drogues au marché du désir

Ce livre pourrait s'arrêter avec sa conclusion. Les distinctions nécessaires sont établies : substance et addiction ne sont pas la même chose ; danger et statut légal ne se superposent pas ; marché légal, marché clandestin et appareil répressif produisent des dommages différents ; une politique déplace des coûts autant qu'elle peut en réduire.

Mais une question est revenue plusieurs fois sans appartenir entièrement au sujet des drogues : que se passe-t-il lorsqu'un comportement répété est aussi une source de revenu ?

C'est ici que l'enquête rejoint Consumérisme : l'opium du peuple ?, sans devenir un nouveau chapitre de ce livre-là.

Le livre précédent ne disait pas que consommer est une addiction

Consumérisme : l'opium du peuple ? partait d'une distinction comparable à celles construites ici. Consommer n'est pas être consommériste.¹

Le livre définissait le consumérisme comme une organisation sociale dans laquelle le renouvellement de la consommation devient lui-même une fonction importante de la reproduction économique et culturelle. Le problème n'était donc pas l'existence du plaisir, des objets ou du commerce, mais la nécessité croissante de faire recommencer l'achat.

Cette distinction doit rester entière. Une personne qui remplace une voiture, achète un vêtement, paie un abonnement

ou s'offre un plaisir n'est pas pour autant dépendante au sens clinique.

De la même manière, le présent livre a montré qu'une récompense, une habitude ou une répétition ne constituent pas automatiquement une addiction.

Le pont entre les deux ouvrages ne repose donc pas sur la formule « le consumérisme est une drogue ». Il repose sur quelque chose de plus limité et de plus solide : la répétition peut devenir économiquement productive.

Lorsque recommencer devient un revenu

Une entreprise qui vend un objet une fois gagne de l'argent une fois. Une entreprise qui vend régulièrement le même type de satisfaction construit un revenu récurrent.^{1,2}

Cette logique n'est pas problématique en elle-même. Une boulangerie a besoin que ses clients reviennent ; un service d'abonnement peut fournir une fonction réellement continue ; un médicament chronique peut être indispensable ; un loisir répété peut enrichir une vie.^{1,2}

La question change lorsque la répétition devient difficile à interrompre ou lorsque l'intérêt du vendeur dépend particulièrement des consommateurs qui utilisent le plus.

Les jeux d'argent rendent ce point extrêmement visible. L'Organisation mondiale de la santé reconnaît le trouble du jeu comme une addiction comportementale et indique que les personnes jouant à des niveaux nocifs représentent une part très importante des pertes qui constituent le revenu du secteur. Ici, mécanisme clinique et mécanisme économique peuvent réellement se rencontrer.

Mais même dans ce cas, ils ne se confondent pas. Un marché du jeu peut exister sans que chaque joueur soit dépendant, et l'existence d'une dépendance ne permet pas à elle seule d'expliquer toute l'économie du secteur.

Signal, désir, récompense, adaptation

Le livre sur le consumérisme décrivait une boucle dans laquelle des signaux et des promesses alimentent l'anticipation, le désir conduit à l'acquisition, l'acquisition produit une récompense puis une adaptation, et de nouveaux signaux relancent le mouvement.¹

Le présent ouvrage rencontre certains mots semblables : signal, anticipation, récompense, apprentissage, répétition.

Il serait tentant d'en conclure que les deux phénomènes reposent sur le même mécanisme. Ce serait une erreur.

Dans une addiction à une substance, des mécanismes pharmacologiques, des neuroadaptations, des signes conditionnés et parfois un sevrage peuvent transformer profondément la motivation. Dans le consumérisme, le mécanisme étudié est d'abord économique, culturel et symbolique : production, publicité, crédit, statut, nouveauté, obsolescence commerciale et renouvellement de la demande.¹

La similarité utile se trouve à un autre niveau : dans les deux cas, une satisfaction qui clôturerait définitivement le désir empêcherait sa répétition.

Mais « empêcher une vente future » et « réduire une compulsion addictive » sont deux propositions de nature différente.

Entrer facilement, sortir plus difficilement

Consumérisme : l'opium du peuple ? examinait également une forme de friction asymétrique : il peut être très facile d'entrer dans une relation commerciale et plus coûteux d'en sortir.^{1,3}

Cette idée réapparaît ici sous une forme plus sévère.

Pour une substance légale, acheter peut être banal tandis qu'arrêter après l'installation d'une dépendance demande du temps, du soin ou du soutien. Pour les paris numériques, miser peut prendre quelques secondes alors que les pertes, les dettes et la perte de contrôle s'accumulent. Pour un médicament, l'entrée peut commencer par un besoin thérapeutique légitime tandis que l'arrêt doit parfois être médicalement accompagné.

Le parallèle n'est pourtant pas universel. La difficulté à résilier un abonnement est une friction commerciale. Le sevrage aux opioïdes est un phénomène biologique et comportemental. Les appeler tous deux « coût de sortie » peut aider à poser une question fonctionnelle, mais ne les rend pas équivalents.^{1,3}

La question commune est alors : qui organise les conditions d'entrée, qui supporte les coûts de sortie, et qui bénéficie de la répétition entre les deux ?

L'opium du peuple : métaphore et limite

Le titre Consumérisme : l'opium du peuple ? utilisait volontairement une métaphore interrogative. Il ne disait pas que l'achat agit pharmacologiquement comme un opioïde.^{1,3}

Le présent livre permet même de préciser la limite de cette image. L'opium réel possède des effets sur des récepteurs, une pharmacocinétique, une tolérance possible, un sevrage et un

risque de surdose. Le consumérisme n'a pas de molécule commune ni de syndrome clinique unique.^{1,3}

Ce que la métaphore permet de demander est différent : quelles formes de consolation, de plaisir, d'identité ou de soulagement une société rend-elle disponibles, et quelles structures ont intérêt à ce que leur consommation recommence ?

L'analogie devient trompeuse dès qu'elle transforme une structure sociale en diagnostic médical.

Les deux livres se corrigent mutuellement

Le livre sur le consumérisme empêche celui-ci de regarder les drogues comme si elles existaient hors du marché. Les produits légaux sont fabriqués, distribués, promus ou prescrits par des institutions dont les incitations comptent. Même les marchés clandestins répondent à des prix, des risques, des innovations et des possibilités de profit.^{1,3}

Le livre sur les drogues apporte en retour une limite au livre sur le consumérisme : toutes les répétitions ne sont pas des addictions, toutes les satisfactions ne produisent pas une perte de contrôle et toutes les récompenses ne sont pas pharmacologiquement comparables.

Cette correction réciproque est plus féconde qu'une grande théorie unique.

Elle permet de garder plusieurs niveaux à la fois : biologie de la substance, psychologie de l'apprentissage, environnement social, organisation du marché et choix institutionnels.

Ce qui se rejoint réellement

Nous pouvons donc fermer la boucle sans fusionner les phénomènes.

Le premier livre suivait principalement : désir → acquisition → satisfaction → adaptation → renouvellement du désir.

Celui-ci suit principalement : substance ou comportement → récompense et apprentissage → répétition → addiction possible → dommages → réponse sociale.^{1,3}

Leur intersection est plus étroite : récompense → répétition → possibilité de monétiser cette répétition → distribution des bénéfices et des coûts.

À partir de là, la question n'est plus « sommes-nous tous drogués par la consommation ? ». Elle devient : que se passe-t-il lorsqu'une économie est capable de tirer un revenu durable de comportements qu'elle cherche à rendre faciles à recommencer - et, dans certains cas seulement, de comportements qui peuvent devenir difficiles à arrêter ?

Cette question appartient désormais aux deux livres.

Et elle conserve leur garde-fou commun : comparer n'est pas confondre.

Sources et articulation inter-œuvres

[1] Hieronymus Anonymus & Noosophie AI, *Consumérisme : l'opium du peuple ? — Petits bonheurs, désirs sans fin et marchandisation de l'existence*. Le présent épilogue reprend uniquement les fonctions établies dans cet ouvrage : distinction consommation/consumérisme, renouvellement de la demande, boucle du désir et question des frictions d'entrée/sortie. Il ne résume pas l'ensemble du livre.

[2] Organisation mondiale de la santé, « Jeux d'argent et de hasard », 2 décembre 2024. Le trouble du jeu est reconnu comme trouble dû à un comportement addictif ; l'OMS rapporte qu'une part importante des revenus/pertes du secteur provient des

personnes jouant à des niveaux nocifs. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gambling>

[3] Le parallèle entre friction commerciale et coût de sortie d'une addiction est explicitement fonctionnel. Il ne constitue ni une identité de mécanisme ni une catégorie clinique.

Qu'est-ce que le mouvement noosophique ?

Le mouvement noosophique est un projet de recherche, de transmission et de transformation. Il cherche à mieux comprendre le réel, à relier des savoirs qui sont souvent étudiés séparément, à rendre accessibles les connaissances importantes et à transformer ces compréhensions en œuvres, pratiques, outils ou institutions pouvant être confrontés à leurs effets puis corrigés.

Il ne se limite donc pas à une philosophie. Il peut travailler sur l'éducation, la santé, l'agriculture, l'économie, la politique, les relations humaines, la culture, les institutions, les sciences, la spiritualité ou encore l'intelligence artificielle. Selon les sujets, il peut produire un livre, une méthode, une expérience, une critique, un outil pratique ou une proposition institutionnelle.

Une idée centrale du mouvement est qu'il ne suffit pas d'accumuler des connaissances. Il faut aussi apprendre à les relier sans les confondre. Comprendre l'agriculture, par exemple, demande de regarder à la fois les sols, les plantes, l'énergie, l'économie, le travail, les habitudes alimentaires et les effets environnementaux. Mais relier ces dimensions ne signifie pas les réduire à une seule explication : chaque domaine conserve ses méthodes et ses critères de preuve.

Le mouvement cherche également à transmettre. Certaines connaissances importantes ne devraient pas dépendre d'une rencontre heureuse, du milieu social dans lequel on est né ou d'une découverte tardive. Une partie du travail noosophique consiste donc à identifier, vérifier, condenser et rendre réellement accessibles les savoirs qui peuvent aider une personne à mieux comprendre le monde, prendre soin d'elle-même, exercer ses droits et gagner en autonomie.

Le mouvement tire son nom de la Noosophie, qui désigne, dans sa philosophie, une vérité ou structure du réel indépendante de la manière dont nous la comprenons. Autrement dit, le monde ne devient pas vrai parce que nous avons réussi à l'expliquer : il existe et fonctionne indépendamment de nos théories, de nos croyances et de nos institutions. Nous pouvons en comprendre certaines choses correctement, nous tromper sur d'autres, ou n'en percevoir encore qu'une petite partie.

C'est pourquoi le mouvement noosophique ne considère pas ses propres textes comme infaillibles. Une idée doit pouvoir être comparée aux connaissances disponibles, confrontée aux objections, mise à l'épreuve lorsque c'est possible et corrigée lorsqu'elle résiste mal au réel.

La Noosophie n'est donc pas seulement quelque chose à penser. Le mouvement noosophique cherche à faire en sorte que ce qui est compris puisse aussi devenir utile, transmissible et transformateur dans le monde réel.

Comment ce livre a été produit

La production de cet ouvrage s'est déroulée par étapes successives plutôt que par génération automatique d'un texte complet. Le sujet, les objectifs et les orientations générales ont d'abord été définis humainement. Noosophe IA a ensuite contribué à explorer le sujet, rechercher et comparer des sources, construire différentes architectures possibles et faire apparaître les arguments, objections et zones d'incertitude.

Le manuscrit a été développé progressivement, chapitre après chapitre. Les propositions produites ont été relues, discutées, corrigées ou rejetées lorsqu'elles ne correspondaient pas au projet, contenaient des affirmations insuffisamment étayées ou simplifiaient excessivement le sujet. Des phases distinctes de recherche documentaire, de rédaction, de critique, de vérification de cohérence et d'assemblage ont été utilisées lorsque cela était nécessaire.

L'intelligence artificielle n'est donc pas considérée ici comme une source d'autorité. Elle intervient comme un outil actif de recherche, de formulation, de comparaison et de mise à l'épreuve. Les propositions qu'elle produit peuvent être erronées et restent révisables.

La version publiée résulte de ce travail itératif, de corrections successives et d'une validation humaine finale. Cette méthode cherche à utiliser les capacités de l'intelligence artificielle sans lui transférer les décisions concernant la finalité de l'ouvrage, les choix de valeur ou la décision de publication.

À propos de Hieronymus Anonymus

Hieronymus Anonymus est l'initiateur humain du projet Noosophie Intégrative. Son travail porte sur la mise en relation de domaines de connaissance et de pratique habituellement séparés, ainsi que sur l'expérimentation de nouvelles formes de collaboration entre humains et intelligence artificielle. Il participe à la conception, à la discussion, à la révision et à la validation des travaux publiés par les Éditions Noosophie.

Découvrir, rejoindre et soutenir

Découvrir la Noosophie



<https://www.noosophie.fr/>

Devenir Noosophe



<https://www.noosophie.fr/devenir-noosophe>

Soutenir la Noosophie



<https://www.noosophie.fr/soutenir>

Prix : Gratuit

DROGUES

Pourquoi l'alcool, la nicotine ou certains médicaments sont-ils légaux alors que d'autres substances sont interdites ? Peut-on mesurer le danger d'une drogue par son statut juridique ? Que change réellement l'interdiction lorsqu'elle déplace la production vers un marché clandestin ? Et pourquoi certaines addictions existent-elles sans substance ?

Drogues examine ces questions sans transformer l'enquête en plaidoyer. De l'histoire de l'opium et du cannabis aux mécanismes de l'addiction, des marchés de l'alcool et du tabac aux opioïdes pharmaceutiques, du jeu d'argent à la réduction des risques, le livre distingue ce qui relève de la molécule, de l'usage, du marché et de la politique publique.

L'objectif n'est pas de décider à la place du lecteur quelles drogues une société devrait interdire ou autoriser, mais de rendre visibles tus critères, les coûts et les contradictions qui structurent ces choix.

Noosophie IA

sous la direction de Hieronymus Anonymus

ÉDITIONS NOOSOPHIE

www.noosophie.fr
Gratuit



Soutenir



<https://www.noosophie.fr/soutenir>

Prix : Gratuit