



HAL
open science

De l'automédication au monopole de la prescription d'antalgiques : processus de confiscation d'un savoir profane en France

Zoë Dubus

► **To cite this version:**

Zoë Dubus. De l'automédication au monopole de la prescription d'antalgiques : processus de confiscation d'un savoir profane en France. *Canadian Bulletin of Medical History*, 2023, 40 (1), pp.146-174. 10.3138/cjhh.593-062022 . hal-04115997

HAL Id: hal-04115997

<https://amu.hal.science/hal-04115997v1>

Submitted on 26 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

De l'automédication au monopole de la prescription d'antalgiques : processus de confiscation d'un savoir profane en France

Zoë Dubus

Zoë Dubus – est docteure en histoire de la médecine, de l'Université d'Aix-Marseille, CNRS, TELEMMe, à Aix-en-Provence (France). Elle est chercheuse associée à l'Institut des humanités en médecine, CHUV, à Lausanne (Suisse), ainsi que chercheuse associée à l'unité PSYCOMadd de l'hôpital Paul-Brousse de Paris. Contact: zoe.d@outlook.fr

Abstract. In the 19th century, when the pharmacopoeia was enriched with a considerable number of psychotropic drugs, most of which had analgesic properties, self-medication was the norm. The individuals of the time had traditional knowledge about the available substances, updated for new drugs thanks to numerous medical popularization contents. Doctors and pharmacists participated in this increase in medicalization, which favored their installation as recognized professionals. But as their status became more and more institutionalized, the official medical profession worked to prohibit any health care practice outside of its control, whether it be the use of traditional therapists (healers, bonesetters, herbalists etc.) or selfmedication. In this article, we will analyze the medical practices of 19th century individuals in relation to psychotropic drugs and show the health consequences of the confiscation of lay knowledge about these substances.

Résumé. Au XIX^e siècle, alors que la pharmacopée s'enrichit d'un nombre considérable de psychotropes, la plupart ayant des propriétés antalgiques, l'automédication est la norme. Les individus de l'époque disposent en effet de connaissances traditionnelles sur les substances disponibles, actualisées pour les médicaments nouveaux grâce à de nombreux contenus de vulgarisation médicale. Les médecins et pharmaciens participent à cet accroissement de la médicalisation qui favorise leur installation en tant que professionnels reconnus. Mais à mesure que leur statut s'institutionnalise, le corps médical officiel œuvre à interdire toute pratique de soins en dehors de son contrôle, qu'il s'agisse du recours aux thérapeutes traditionnels (guérisseuses et guérisseurs, rebouteuses et rebouteux, herboristes, etc.) ou de l'automédication. Nous analyserons dans cet article les pratiques médicales des individus du XIX siècle en lien avec les psychotropes et montrerons les conséquences sanitaires de la confiscation des savoirs profanes sur ces substances.

Le XIX^e siècle est considéré comme le siècle de l'affranchissement de la douleur par les historiennes et historiens¹. Grâce aux progrès de la chimie, à l'accélération des échanges internationaux et à l'amélioration des techniques de production, les scientifiques de l'époque découvrent ou redécouvrent de nombreux médicaments, notamment antalgiques. À partir de l'opium, les chimistes du début des années 1800 synthétisent ainsi une nouvelle substance analgésique : la morphine. Sa première utilisation comme médicament date de 1818 ; la morphine devient vite d'un emploi banal dans la pratique quotidienne des médecins et son usage se développe considérablement grâce à l'invention de la seringue hypodermique à la fin des années 1850. La morphine était utilisée dès que le praticien constatait un symptôme douloureux ainsi que pour soigner des pathologies diverses, en particulier les troubles nerveux (hystérie en tête) ou gastriques. La feuille de coca, dont est tirée la cocaïne, était considérée, à partir des années 1860, comme un « aliment d'épargne », à la manière du café, du thé ou du cacao. Grâce à ses effets analgésiques associés à ses vertus toniques, elle fut à la mode notamment sous forme de vins, tant en France qu'aux États-Unis où elle donna naissance à la fameuse boisson Coca-Cola. La cocaïne, dont les effets antalgiques ont commencé à être employés à partir de 1884, permettait de réaliser des opérations de l'œil ou de la trachée jusqu'alors impossibles. À partir des années 1840, le cannabis était, quant à lui, principalement employé pour son effet sédatif.

Si la pharmacopée s'est enrichie, les médecins de l'époque sont encore très peu consultés par la majorité de la population : l'automédication était donc la règle, encouragée par un contenu de vulgarisation médicale largement diffusé. La « rubrique du médecin » était ainsi à l'honneur dans la presse populaire, dans laquelle étaient proposées des recettes à réaliser soi-même à base de morphine, de cannabis ou de cocaïne, pour combattre la douleur ou toute sorte de maladies. Mais le corps médical de la fin du XIX^e siècle était désireux d'asseoir définitivement son autorité, notamment en excluant toute pratique de soins n'appartenant pas aux institutions officielles. L'enjeu central de ce mouvement était donc le contrôle de l'outil concret de « la puissance médicale de guérir² » : le médicament et en particulier l'antalgique. En conséquence, la médecine moderne visait à refuser aux profanes toute connaissance au sujet des moyens thérapeutiques à appliquer à leurs maladies. Grâce à la loi de 1916 restreignant l'usage de la morphine, de la cocaïne et du cannabis à une prescription médicale, les médecins ont en effet gagné le contrôle sur les substances

analgésiques en privant les particuliers du droit de maîtriser leur douleur de leur propre chef. Cette confiscation fut légitimée par l'omniprésence d'un discours sur les psychotropes érigés en « fléaux sociaux » risquant de détruire la « race française³ ».

Dans la lignée des travaux de Philippe Pignarre⁴ ou des anthropologues Joseph Comelles et Oriol Romani⁵, cet article vise à étudier les enjeux professionnels à l'origine de l'adoption de lois restreignant l'usage d'analgésiques à la seule prescription médicale et à montrer les conséquences de la confiscation des savoirs profanes des patientes et patients quant au soulagement de leur douleur. Nous décrirons tout d'abord les pratiques de santé du XIX^e siècle, caractérisées par l'automédication, puis nous étudierons les tentatives d'élimination de ces pratiques, notamment autour des questions de la douleur et de la toxicomanie, en soulignant les répercussions de ce monopole. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une thèse d'histoire destinée à comprendre les différentes chronologies de l'usage de psychotropes en médecine⁶. Au cours de ces recherches, nous avons puisé dans un large éventail de sources afin d'en brosser un panorama aussi exhaustif que possible. La littérature médicale ainsi que les archives d'officines permettent d'observer les pratiques de prescription et de consommation des populations, à la capitale comme en province, en consultation de ville comme dans la prise en charge à l'hôpital. L'analyse de la presse permet, quant à elle, d'examiner comment les discours et les contenus médicaux se répandent dans la société. Dépasant une approche strictement historique, cet article entend montrer, grâce à la mobilisation de travaux sociologiques et anthropologiques ainsi que des données fournies par les sciences biomédicales contemporaines, les conséquences sanitaires toujours actualisées de la confiscation de ces savoirs profanes sur les psychotropes.

I- LES PRATIQUES DE SANTÉ À LA FIN DU XIX^e SIÈCLE

1) La lutte contre la douleur

« Dire que la douleur est utile, c'est avouer que la médecine ne l'est pas⁷. »

Nous l'avons dit en introduction, les médecins du XIX^e siècle ont à cœur de soulager la douleur de leurs patientes et patients, d'autant plus qu'ils disposent, au fil du siècle, d'une palette de plus en plus large d'analgésiques divers. La principale de ces substances est la « bienfaisante morphine⁸ », dérivée de l'opium. Les médecins ne craignent pas d'augmenter considérablement les doses, à l'image du célèbre docteur Armand Trousseau, qui en administrait quatre

grammes par jour à l'une de ses patientes de l'Hôtel-Dieu, en 1862⁹. La coca entre plus tard dans la pratique médicale du fait de la difficulté d'acheminer en Europe des feuilles ayant conservé leur fraîcheur. Avec l'amélioration des moyens de transport, la plante mythique des Incas est étudiée par la communauté scientifique et trouve progressivement sa place dans la pharmacopée. Le docteur Fauvel, grand spécialiste du larynx, la recommande sous forme de vin pour apaiser la gorge des chanteuses et chanteurs ou des oratrices et orateurs à partir des années 1865 ; il lance ainsi la carrière du fameux vin Mariani à la coca, boisson à la mode à la fin du XIX^e siècle et prisée de nombreuses célébrités : des artistes, des têtes couronnées et des papes font l'apologie de ce vin tonique¹⁰. Rapidement, l'usage de la coca pour lutter contre toute sorte de douleurs se développe. On l'emploie par exemple dans le cas de maladies de la gorge afin de soulager les muqueuses irritées par la toux. Les vins de coca ne sont pas réservés aux adultes ; on va jusqu'à conseiller leur emploi chez les nouveau-nés¹¹. Chaque médecin, pharmacien ou même herboriste a la possibilité de créer sa propre recette de vin de coca, dont la vogue ne fait que croître. Nous avons ainsi recensé pas moins de 41 de ces boissons dans la France des années 1870 à 1910 et 19 élixirs à la coca.

La cocaïne, extraite pour la première fois de la feuille de coca en 1859, entre véritablement dans la pratique médicale à la fin des années 1880. Elle est plébiscitée par les dentistes et dans toutes les opérations de petite chirurgie. On en fait des gouttes pour les yeux, des chocolats facilitant la digestion¹² ou des sirops de dentition pour en frictionner les gencives des nourrissons afin de soulager la poussée des dents¹³. En pulvérisations nasales, elle combat le rhume des foins, mais « pour les personnes que leurs occupations retiennent au-dehors, il est plus commode de [la] priser¹⁴ ».

Le cannabis est le moins employé, bien qu'il entre dans la composition de nombreux médicaments. Son effet sédatif est toutefois reconnu et les médecins recommandent son emploi lors de migraines : le traitement consiste en « l'usage continu », parfois durant plusieurs années, et la dose doit être augmentée régulièrement¹⁵. Le cannabis soulage également les douleurs menstruelles sans que son action psychotrope constitue un problème : « Cette substance agit rapidement et sûrement. Si elle provoque quelques vertiges, il suffit de modérer ou diminuer son emploi¹⁶. »

Ces substances sont donc prescrites par le médecin, mais celui-ci n'est pas, tant s'en faut, le premier recours des patientes et patients. Ainsi, lorsqu'une douleur survient, l'individu du XIX^e siècle se tourne d'abord vers les remèdes ancestraux hérités de sa

communauté. L'opium et les infusions de têtes de pavot sont largement utilisés dans le monde rural et ouvrier¹⁷. Ces différents usages n'aboutissent pas à des problèmes de dépendance faisant l'objet d'observations médicales. Ce phénomène, pourtant connu, est alors principalement décrit comme un « vice » concernant des peuples jugés comme inférieurs, notamment les « Orientaux », Turcs et Chinois¹⁸.

Depuis la loi du 19 juillet 1845 relative au commerce des « substances vénéneuses », la morphine ou la cocaïne étaient théoriquement disponibles uniquement en pharmacie et avec une ordonnance. En pratique, une partie des médecins n'hésitaient pas à fournir à leurs patientes et patients des ordonnances à renouveler à volonté, leur permettant d'acheter en pharmacie des quantités considérables, d'autant plus que certains pharmaciens voyaient dans la vente sans ordonnance un moyen d'augmenter leurs bénéfices.

L'historien Jacques Léonard rappelle que « [I]es pharmaciens eux-mêmes se ruinaient s'ils ne délivraient des remèdes que sur ordonnance dûment signée d'un médecin¹⁹ ». Une affaire fait ainsi grand bruit dans le monde médical en 1883 : le pharmacien Armand Vassy est condamné à huit jours de prison pour avoir vendu 693 grammes de morphine en un an et demi à une patiente qui ne possédait qu'une seule ordonnance²⁰. D'après la consultation de plusieurs registres de pharmacie de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle, la loi de 1845 était effectivement peu respectée : le registre du pharmacien G. Grémy, de Vincennes, tenu entre mars 1896 et juin 1898, commence par l'*Ordonnance concernant la vente des substances vénéneuses* ; le commissaire de police Birlé signe le registre, attestant que le pharmacien s'est bien conformé à ses dispositions. Selon l'article 9, « les quantités livrées ainsi que le nom et le domicile des acheteuses et acheteurs de morphine, de cannabis ou de cocaïne de cet établissement n'est renseigné que dans 50,7 % des cas (la première année, ce pourcentage est seulement de 25,5 %) ; l'adresse n'est jamais précisée. On trouve parfois simplement « Mr le coiffeur d'en face » ou « Cuisinière du général Thomas » sans que le nom soit indiqué²¹. Vingt ans plus tard, dans une autre pharmacie de Vincennes, le nom de l'acheteuse ou acheteur n'apparaît toujours que dans 48,2 % des cas²².

L'usage de ces médicaments n'est pas réservé à une élite. On observe dans les registres de pharmacie des prescriptions de psychotropes destinées à des personnes signalées comme « indigentes », c'est-à-dire ne payant pas leurs soins. Les ordonnances sont identiques, en matière de quantités administrées, à celles des autres patientes et patients. Le registre de pharmacie de la petite ville

de Langeais²³, près de Tours, nous permet de constater la grande diversité des professions, rarement mentionnées toutefois, des malades ayant reçu des prescriptions de morphine entre 1847 et 1875²⁴:

Tableau 1: Professions des patientes et patients recevant de la morphine, Langeais, 1847-1875

Amiral	Cordonnier	Marchand
Abbé	Cuisinier·e (2)	Maréchal
Aubergiste	Curé	Marinier
Bonne (5)	Directrice de poste (2)	Menuisier (2)
Bourrelier	Domestique	Peintre (2)
Boulangier	Employé des chemins de fer (18)	Porcher
Charpentier	Épicier (3)	Sabotier
Charcutier	Facteur (5)	Serrurier
Charron	Gendarme	Tonnelier
Chef de district	Jardinier	Vétérinaire
Chef de gare	Maçon (2)	Vicaire
Cocher	Maire de Langeais	

Les personnes soignées à l'hôpital, quant à elles, bénéficient sans restriction de telles médications, tant pour soulager les douleurs que pour assurer le calme des services, en particulier la nuit²⁵. Pour les malades les plus pauvres, un séjour à l'hôpital est souvent l'occasion de découvrir l'existence de ces substances.

Mais les individus de la fin du XIX^e siècle n'avaient par ailleurs aucun mal à se fournir en morphine, cocaïne ou cannabis chez des herboristes, des épiciers et dans des drogueries, où ils pouvaient se procurer ces substances sans ordonnances et en gros, réduisant ainsi les coûts. Le paquet de « cigarettes indiennes au cannabis » de la marque Grimault, recommandé dans des publicités de la presse aussi bien nationale que locale pour soulager la toux des personnes asthmatiques, coûtait par exemple 2 francs en 1878, c'est-à-dire le même tarif que des cigarettes antiasthmatiques n'en contenant pas. Les médicaments pouvaient également s'acheter à distance auprès des usines pharmaceutiques et être livrés par la poste. La Pharmacie centrale de France, dans son catalogue de 1877, présente ainsi deux colonnes de prix pour la vente des spécialités : l'une est destinée aux pharmaciens, l'autre est intitulée « public ». Il n'était donc pas

152 *De l'automédication au monopole de la prescription*

nécessaire d'être pharmacien pour s'y fournir en médicaments contenant des psychotropes²⁶. Sous différentes formes, pour différents usages, les substances circulaient et étaient consommées par toutes les couches de la société. Des savoirs profanes issus des traditions ancestrales ou récemment assimilés grâce aux publications de vulgarisation médicales entouraient leur consommation et protégeaient les usagères et usagers.

2) Les patientes et patients négocient avec leurs médecins

La relation médecin/patient ou patiente au XIX^e siècle est de type consumériste : les médecins, concentrés dans les zones urbaines, faisaient face à une forte concurrence entre eux ainsi qu'avec les guérisseuses et guérisseurs traditionnels. Pour maintenir leur clientèle, ils devaient démontrer leur efficacité et surtout satisfaire leurs patientes et patients. Ces derniers n'étaient donc pas passifs face à leur médication et négociaient ouvertement avec leurs soignants, ne payant parfois les soins que s'ils en étaient satisfaits, dans le modèle de la « promesse de guérir²⁷ ». La population était également au courant des nouveaux instruments, des nouvelles médications en usage, et n'hésitait pas à les réclamer. Il ne s'agit pas là d'une nouveauté, mais d'un processus de médicalisation de la société à l'œuvre au moins depuis le XVII^e siècle comme le montrent les travaux d'historiennes et historiens tels Olivier Faure²⁸ et Alexandre Klein²⁹. Les nombreuses publications de vulgarisation médicales devenaient accessibles pour un nombre croissant d'individus à une époque où l'enseignement de la lecture se développait : « La littérature de vulgarisation médicale effectuée, dans les années 1840, une véritable percée. Dans cette décennie, il paraît presque un dictionnaire de vulgarisation médicale chaque année, sans compter les nombreuses brochures, opuscules et manuels ayant pour objet la santé³⁰. » Ces ouvrages encourageaient directement leurs lecteurs et lectrices à réclamer à leurs médecins certains traitements et proposaient des recettes à préparer soi-même. À la fin du siècle, cette négociation est toujours présente et certains patients et patientes, même des classes populaires, n'hésitent pas, lorsqu'ils sont mécontents de leur prise en charge, en particulier s'ils ne sont pas soulagés de leurs douleurs, à écrire aux directeurs d'hôpitaux, aux préfets et jusqu'aux ministres³¹.

Les professionnels de santé ne condamnent pas l'emploi quotidien et parfois massif de la morphine : le phénomène de l'accoutumance, c'est-à-dire le fait que le patient ou la patiente

s'habitue à son remède, nécessitant l'augmentation des doses pour un effet similaire, est bien connu. En revanche, nous l'avons dit, la dépendance demeure impensée. Prenons l'exemple du pharmacien et chimiste Jules Lefort, donnant en 1861 l'observation d'un certain B., « employé dans l'une de nos principales administrations financières » et atteint de coliques « extrêmement douloureuses ». Traité à la morphine, celui-ci déclare qu'elle est l'agent ayant « le privilège de calmer le plus sûrement ses souffrances, [et qu']il en fait quotidiennement usage ». Après avoir commencé par des doses de 4 centigrammes, il en vient à en consommer 80 centigrammes par jour. B. décide par la suite de réduire cette quantité à 20 centigrammes lorsqu'il est en bonne santé, l'augmentant jusqu'à 50 centigrammes « lorsqu'il prévoit un nouvel accès de sa maladie³² ». Cette forme de dépendance, légitime, différente de ce que les médecins appelleront plus tard « morphinomanie iatrogène » est tout à fait acceptée et même normale : les patientes et patients sont perçus comme étant capables de s'automédicamentent selon leurs besoins, quotidiennement s'il le faut, sans que cette médication les fasse tomber dans le marasme constaté chez les « Orientaux ». Les patientes et patients, surtout s'ils appartiennent à une classe sociale élevée, sont des « agent[s] à part entière de la démarche de soin³³ ».

On retrouve tout au long du XIX^e siècle des indications d'élaboration du traitement en partenariat avec les patientes et patients. Ceux-ci « réclament », « insistent » ou « acceptent » le traitement. Les travaux de l'historien Olivier Faure montrent ainsi comment la demande sociale impose aux médecins de prescrire certains médicaments : le praticien « se trouve face à la pression des clients qui n'acceptent volontiers le médecin que s'il permet d'accéder au médicament³⁴ ». Il n'y a donc pas ici de relation verticale d'une conscience vers une confiance, pour reprendre les mots du docteur Portes, président de l'Ordre des médecins en 1950³⁵. Les médecins du XIX^e siècle n'ont pas cette figure d'autorité qu'ils vont acquérir à la fin du siècle. Lorsqu'ils souhaitent mettre en œuvre un traitement, leur patiente ou patient (qu'il soit de sa patientèle privée ou de celle soignée à l'hôpital) est le plus souvent consulté et a voix au chapitre, et il est banal qu'il refuse ou réclame une médication.

Mais le médecin coûte cher, et pour éviter de multiplier les consultations afin d'administrer la morphine, nombre d'entre eux enseignent à leurs patientes et patients à se piquer eux-mêmes et leur fournissent des ordonnances à renouveler à volonté. Le docteur Auguste Voisin, aliéniste à la Salpêtrière, recommande ainsi au mari d'une de ses patientes mélancoliques de lui faire des injections de morphine dès qu'il observe « de la mauvaise humeur³⁶ ». Dans le

154 De l'automédication au monopole de la prescription

registre de pharmacie d'une petite ville près de Tours, le docteur Berry réalise, par exemple, en 1884, une ordonnance de 40 centigrammes de solution de morphine à renouveler.

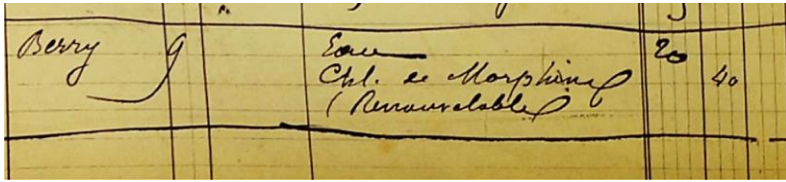


Figure 1: Ordonnance de morphine à renouveler, 1884

Archives départementales de Tours, Produits à usage médical et substances vénéneuses, délivrance : ordonnanciers. Fonds du pharmacien Octave Bobeau, à Langeais (1^{er} février 1884 – 12 octobre 1885), 118J22, 1884

Ce phénomène participe à la banalisation de la substance aux yeux de la population qui n'est pas informée des phénomènes de dépendance possibles. Le docteur Edgar Bérillon résume ainsi la situation d'un bon nombre de ses malades :

Presque tous les morphinomanes que nous avons eu l'occasion d'observer avaient d'abord accepté avec reconnaissance le secours de ce merveilleux anesthésique. Aucun d'eux ne se doutait de la rapidité avec laquelle s'établit le *besoin morphinique*, et l'accoutumance au poison s'était opérée d'une façon si insidieuse, que la plupart ne savaient plus faire la distinction entre les souffrances de l'abstinence et celles qui avaient amené l'usage du médicament. Cette confusion constitue le plus souvent la première difficulté à laquelle on se heurte lorsqu'il s'agit d'entreprendre le traitement de la morphinomanie. Le malade manque rarement d'invoquer l'argument suivant : « Qui me répond, lorsque je serai débarrassé de la morphine, que je ne ressentirai plus les douleurs qui en avaient précédé l'emploi ? »³⁷

Si la population est donc instruite des différents types de médications et si les patientes et patients élaborent leurs traitements avec leurs médecins, une partie des connaissances concernant les nouveaux médicaments reste inaccessible. Les consommatrices et consommateurs du XIX^e siècle perdent peu à peu les savoirs collectifs qui entouraient les psychotropes dans les sociétés traditionnelles. De plus, les nouveaux alcaloïdes, morphine et cocaïne, ont une action plus forte que l'opium ou la coca d'où ils sont extraits. Les modes de consommation (injection pour la morphine et inhalation pour la cocaïne) sont également caractéristiques de pratiques présentant plus rapidement un risque

élevé de dépendance que l'ingestion, mode d'administration traditionnel³⁸. Or la perte de ces savoirs implique l'augmentation rapide des doses, l'utilisation solitaire et la non-reconnaissance des symptômes de la dépendance, d'autant plus que ces substances sont facilement accessibles, présentées comme des produits « merveilleux³⁹ » et que l'automédication reste la norme.

3) L'omniprésence de l'automédication

Jusqu'à une époque récente, l'automédication, que nous définirons avec Nelly Molina comme « l'administration de soi-même ou par soi-même de médicaments ou d'agents thérapeutiques pour satisfaire une indication déterminée ou produire telle ou telle modification dans la structure ou dans les fonctions de l'organisme », c'est-à-dire en agissant de son propre chef sans suivre les recommandations d'un médecin, n'était pas un concept clairement défini. L'historien Alexandre Klein montre ainsi que la notion apparaît en France dans les années 1970⁴⁰ ; il est significatif de noter que le Centre national de ressources textuelles et lexicales ne dispose pas à ce jour de définition pour ce terme et que le dictionnaire de l'Académie nationale de Médecine ne s'est enrichi d'une courte notice qu'en 2021⁴¹.

L'automédication est pourtant d'une grande banalité jusqu'à la fin du XIX^e siècle ; elle est même encouragée par certains médecins qui diffusent dans la presse ou dans des livres un contenu de vulgarisation médicale. Cette pratique vise notamment à familiariser la population à la médecine officielle et à la détourner des autres formes de soin. Outre les journaux avec leurs nombreuses « Rubrique du médecin » et les ouvrages de conseils médicaux réservés aux profanes, un support plus important encore de par sa diffusion dans toutes les classes sociales permet de répandre les connaissances médicales : l'almanach. Ce document populaire publié chaque année comprenait, en plus d'un calendrier, des renseignements astronomiques, météorologiques, scientifiques, pratiques, etc. En 1861, l'*Almanach de France* contenait, entre un article sur « l'utilité des fruits dans l'alimentation » et un récit de la mort du prince Jérôme Bonaparte, une recette de « sirop contre la migraine et les névralgies » à la morphine⁴². La préparation est détaillée de manière que chacun et chacune puissent facilement la réaliser. Encore en 1894, l'*Almanach Hachette* conseillait deux préparations composées d'extrait alcoolique de cannabis, l'une contre les cors aux pieds, l'autre contre l'asthme, ainsi que des recettes à la cocaïne contre le rhume du cerveau et l'angine, ou même pour calmer les piqûres de moustique⁴³. Dans le même

ouvrage, la morphine était préconisée dans le traitement de la bronchite, des coliques, du zona, des rhumatismes, de la toux et des névralgies⁴⁴. Barbara Hodgson a étudié pour l'Angleterre et l'Amérique du Nord du XIX^e siècle cet usage quotidien des opiacés (de la morphine au laudanum en passant par l'opium), présents dans les mélanges vendus au public pour soigner la toux, le rhume, la diarrhée, la dentition infantile ainsi qu'une multitude d'autres affections⁴⁵.

En France, la vogue de la coca dans les années 1870-1900 (qualifiée par l'historien Paul Gootenberg de « cocamania⁴⁶ »), ainsi que la découverte révolutionnaire des effets anesthésiques de la cocaïne en 1884 font de cette feuille un produit très prisé, jusque dans la cuisine. On trouve ainsi, dans la revue *L'Académie culinaire : journal encyclopédique et officiel de l'Académie de cuisine de Paris*, un long article sur les propriétés de la coca accompagné de quatre recettes de fondants ou de biscuits en contenant. L'auteur vante les propriétés « remarquables » de ces feuilles présentées comme une panacée permettant notamment de soulager les douleurs des névralgies⁴⁷. En 1891, à l'Exposition du travail, un confiseur propose des bonbons à la coca « destinés aux personnes délicates, anémiques, aux enfants, aux explorateurs, à qui ils tiennent lieu de nourriture⁴⁸ ». De nombreux travaux soulignent désormais combien les stimulants ont accompagné l'expansion capitaliste occidentale au XIX^e siècle⁴⁹.

Jusqu'à la crispation qui apparaît à la fin des années 1880 au sujet de la morphine, ces psychotropes sont consommés dans une visée tant thérapeutique qu'hédoniste. Ainsi, le célèbre pharmacien François Dorvault écrit-il en 1848 au sujet du cannabis : « Lorsqu'on prend du haschisch par plaisir, on doit être à jeun⁵⁰. » Les avantages curatifs n'étaient alors pas clairement différenciés du soulagement purement symptomatique ou du fait de se sentir simplement mieux. En outre, la séparation binaire entre l'usage de substances « à des fins médicales » et « à des fins récréatives », caractéristique du discours actuel, n'avait pas encore été établie. Trente ans plus tard, le pharmacien Jules Giraud, dans sa publication « L'art de faire varier les effets du hachich⁵¹ », décrit ses techniques pour obtenir un effet hypnotique afin de se procurer des « stupeurs voluptueuses » ou au contraire un effet excitant. Cet article, destiné d'abord aux professionnels de santé, fait ensuite l'objet de comptes rendus dans la presse populaire⁵².

L'existence d'une vaste littérature visant un public aussi large que possible (certains ouvrages étant directement destinés aux personnes faiblement alphabétisées⁵³), proposant des recettes à base

de substances dont l'usage était théoriquement limité par la loi à une prescription médicale, montre qu'elles étaient en réalité accessibles au plus grand nombre en dehors de toute réglementation. Le fait qu'une seule ordonnance comprenant de la morphine puisse être réutilisée presque sans limites (selon le bon vouloir du pharmacien à qui on la présentait), et ce jusqu'en 1916, favorisait encore l'automédication en cas de symptôme douloureux. Le docteur Raimbert constate par exemple en 1867 que son malade se trouve si bien de sa prescription de morphine qu'il la fait reproduire régulièrement par son pharmacien sans consulter de nouveau le médecin⁵⁴. C'est un constat qui n'est pas doublé d'une condamnation, au contraire : Raimbert se félicite d'avoir trouvé un traitement qui convienne à son patient. Dans le registre de pharmacie de Langeais, des prescriptions indiquent que les familles font des stocks d'antalgiques de manière à pouvoir en user à leur convenance, le médecin indiquant seulement la dose à ne pas dépasser sans le consulter de nouveau : le but à atteindre est le soulagement de la douleur.

Enfin, compte tenu de la présence très relative de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire français (en 1881, 29 795 communes ne disposaient toujours pas de médecin ni d'officier de santé⁵⁵), les populations s'en remettaient de fait aux guérisseuses et guérisseurs, sages-femmes et autres religieuses pour obtenir des conseils et des traitements médicaux. Ces professionnelles et professionnels étaient d'ailleurs souvent protégés par les élus locaux. Jacques Léonard montre ainsi que des préfets « vont jusqu'à interdire aux inspecteurs des pharmacies de visiter les officines rurales des religieuses dont ils savent pertinemment qu'elles détiennent des médicaments élaborés et des drogues toxiques auxquels doivent s'appliquer les lois courantes de la police sanitaire et médicale⁵⁶ ».

Progressivement cependant, les médicaments prescrits par les médecins et préparés ou vendus par les pharmaciens remplacent toutes les autres pratiques de soins jusqu'à les réduire à un rôle marginal, du moins dans le discours des élites médicales. En effet, à la fin du siècle, les médecins sont de plus en plus investis d'une mission sociale, qui s'illustre par leur ascension dans la vie politique française. Désireux d'asseoir son autorité, notamment en excluant toute pratique de soin non officielle, le corps médical fait voter des lois permettant de construire un cadre légal et administratif dans le but d'éliminer toute forme thérapeutique non conforme. D'autre part, l'impression collectivement partagée d'une « épidémie de toxicomanie » à la fin du XIX^e siècle rend la population et les pouvoirs publics sensibles à la nécessité de contrôler l'usage des

psychotropes pour sauvegarder la Nation française, comme nous allons le voir.

II- CONFISCATION DES SAVOIRS PROFANES

1) Vers la loi de 1916

Michel Vovelle rappelle qu'à la fin du XIX^e siècle, « le bagage scientifique comme le personnage social du médecin se sont modifiés. Le notable, petit ou grand, dont l'activité restait le plus souvent une ressource d'appoint, et dont les honoraires étaient modulés suivant le statut social du client, est devenu un professionnel⁵⁷ ». Les médecins sont donc de plus en plus dans une démarche protectionniste de leur compétence prescriptive, qui les singularise vis-à-vis des autres formes de soins. Le contrôle de l'accès aux psychotropes devient dès lors central dans ce processus de délimitation des frontières professionnelles. Grâce au soutien de la presse populaire et à sensation, en plein essor, qui trouve dans le thème des dépendances médicamenteuses⁵⁸ un sujet privilégié car vendeur, le corps médical diffuse dans la société l'idée selon laquelle le médicament serait une substance dangereuse, impliquant un haut degré de technicité pour le manier, dont seul le médecin serait en mesure de décider du bien-fondé de sa consommation. La nouvelle vision de la médecine requerrait que les patients et patientes soient capables d'identifier les fausses publicités et les faux diagnostics des charlatans, tout en reconnaissant leur propre incapacité à poser un tel diagnostic, pour interpréter ou pour traiter leur maladie. Les malades devaient être capables de détecter la superstition et l'escroquerie tout en faisant confiance à des experts pour résoudre le problème. « En résumé, le patient devait être suffisamment avisé pour savoir que, lorsqu'il était question de maladie, il ou elle ne savait rien⁵⁹. » Pour citer Philippe Pignarre :

Il pèse une lourde menace sur tous ceux qui enfreindraient cette règle : ceux qui décideraient eux-mêmes des médicaments qu'ils veulent consommer [...] se voient promettre les plus grands malheurs. Et cette règle est finalement très peu enfreinte. Elle est à l'origine de la guerre contre la drogue, comme de toutes les campagnes destinées au grand public sur le bon usage du médicament : ne pas décider soi-même, ne pas modifier les règles de prescription décidées par le médecin⁶⁰.

Le docteur Levillain nous en donne en 1892 le parfait exemple lorsqu'il déclare : « Autant la morphine, prudemment et sagement

manière par le médecin, peut être l'un des plus merveilleux médicaments pour soulager la douleur en attendant l'amélioration ou la disparition de la maladie, autant, abandonnée aux mains du malade, elle devient l'arme la plus terrible et la plus certaine de sa destruction⁶¹. » Les anthropologues Oriol Romani et Joseph Comelles notent à ce sujet que le corps médical français occupe une place centrale dans la genèse de ce discours, au contraire des États-Unis notamment, où la corporation médicale est alors plus divisée⁶². Pourtant, les cas de dépendances sont dans leur immense majorité iatrogènes, c'est-à-dire consécutifs à une prescription médicale : selon nos recherches, entre 1876⁶³ et 1913, 88 % des femmes morphinomanes et 84 % des hommes sont ainsi devenus dépendants à la substance alors qu'elle leur était administrée par leur médecin⁶⁴. Leur nombre ne dépasse pas de surcroît quelques centaines de cas.

Tandis que la Première Guerre mondiale éclate, une propagande menée par plusieurs journaux à sensation affirme que l'Allemagne, où sont principalement produites la morphine et la cocaïne, aurait savamment organisé l'empoisonnement des Français et Françaises en déversant depuis des décennies ces substances dans l'hexagone⁶⁵. Ces allégations sont discutées au Sénat :

Messieurs, la presse à qui reviennent tant d'excellentes initiatives et, à sa suite, l'opinion publique, se sont récemment émues des ravages, révélés par une série d'affaires particulières, que l'usage de la cocaïne exerce sur certains groupes de la population. Il y a peu de jours, nous lisions notamment dans le *Journal des Débats* sous le titre « Un nouveau fléau allemand », la lettre suivante : « Mon cher directeur, ils ne se contentent pas de nous envoyer des gaz asphyxiants et des bombes méphitiques. Ils essayent de nous empoisonner autrement. Sait-on que la cocaïne, ce fléau qui se répand sournoisement dans certaines couches de la population, nous arrive du grand-duché de Bade, à travers la Suisse ? Sait-on que le stupéfiant infâme qui dégrade l'être humain, en le rendant insensible, inconscient, incapable du moindre effort, est apporté de là-bas par des pharmaciens sans scrupule [...] Dans certains quartiers de Paris, on se livre couramment au trafic de cette poudre, plus meurtrière que celle qui charge les obus. [...] Est-il dans la langue humaine des mots pour qualifier le procédé d'ennemi qui, désespérant de nous vaincre sur le champ de bataille, s'attaque aux sources mêmes de la vie chez une nation qu'ils savent trop forte pour pouvoir être domptée par les seules armes⁶⁶ »⁶⁷.

En réaction, une loi restreignant l'usage en public de la morphine, de la cocaïne et du cannabis, en interdisant leur vente sans ordonnance, est proposée en 1916 aux parlementaires ; les débats sont éloquents : tous les députés basent leurs récriminations envers ces substances sur les affirmations de la presse et non sur des travaux scientifiques. La loi est adoptée le 2 juillet 1916. Désormais, ces substances sont légalement qualifiées de *stupéfiants*, un terme ne reposant pas sur des caractéristiques chimiques ou pharmacologiques. Cette loi est un tournant décisif dans l'utilisation médicale des trois psychotropes : considérés dès lors principalement comme des produits mortifères, ils ne conservent leur statut de médicament que par dérogation. Les médecins ne peuvent en prescrire que pour une durée de sept jours et leurs prescriptions sont contrôlées : dans l'entre-deux-guerres, de nombreux pharmaciens et médecins sont présentés devant la justice pour avoir fourni ces produits « trop complaisamment ». Progressivement, les nouvelles générations de praticiens apprennent à s'en méfier et sont encouragées à les utiliser le moins possible. Le cannabis sort de la pharmacopée française en 1953. La cocaïne et la morphine y demeurent, mais les quantités employées en médecine chutent drastiquement, au point que la France est le deuxième pays occidental utilisant le moins de morphine durant tout le XX^e siècle, ce qui a des conséquences importantes en matière de santé publique⁶⁸. Paradoxalement, en soutenant l'élaboration d'une législation régulant la consommation de psychotropes à leur profit, les agents du champ de la santé voient donc en réalité leurs possibilités thérapeutiques se restreindre.

En fait, l'ensemble des conventions et des régulations internationales mises en place visait bien plus à empêcher qu'un trafic clandestin ne mette en péril les revenus coloniaux dérivant du monopole des États sur les psychotropes, s'élevant pour la France à un cinquième des recettes de l'Indochine⁶⁹ pour l'opium, par exemple⁷⁰, et à un tiers des recettes de la régie du Maroc pour le cannabis⁷¹, qu'à en interdire l'usage. Désormais, la régulation de la consommation de ces substances avait une tournure légale, l'aspect sanitaire étant largement laissé de côté.

2) *Persistence de l'automédication*

Du côté des usagers et usagères, si le contexte légal se durcit, force est de constater que la consommation ne baisse pas, bien au contraire. Le marché illégal des stupéfiants se développe durant l'entre-deux-guerres et s'internationalise⁷². Le marché légal, c'est-à-

dire lié à une prescription médicale, ne faiblit pas non plus, d'autant qu'il s'enrichit progressivement de nouveaux médicaments psychotropes, comme les barbituriques puis les antidépresseurs et autres anxiolytiques. Synthétiques, ceux-ci n'évoquent pas dans l'imaginaire collectif d'usages hédonistes, donc moralement répréhensibles. On trouve toujours par ailleurs dans l'entre-deux-guerres des conseils de médecins concernant l'usage de la morphine ou de la cocaïne. En 1937, dans la revue *La Femme de France*, un médecin signale l'inefficacité de la morphine pour arrêter le hoquet « banal », laissant entendre qu'elle pouvait être employée par les profanes pour cet emploi. Il conseille en revanche d'avalier un peu d'éther⁷³. Ce psychotrope, très utilisé pourtant en dehors d'un usage médical, n'avait pas été classé dans la liste des stupéfiants, la France possédant des industries produisant la substance.

Après la Seconde Guerre mondiale, les médicaments deviennent toutefois de moins en moins accessibles sans ordonnance. Désormais, l'usager ou l'usagère souhaitant maintenir sa pharmacie personnelle doit recourir à la prescription d'un médecin. Les membres de cette profession « se plaignent du débordement de la demande sans comprendre qu'elle est la conséquence de leur monopolisation du secteur⁷⁴ ». C'est dans ce contexte d'accroissement de la consommation pharmaceutique, accrue par la mise en place de la Sécurité sociale, que le concept d'automédication émerge et devient un sujet d'étude. En parallèle, les spécialistes de la consommation de stupéfiants des années 1950, Charles Vaillat et Gabriel Stern, ne cessent de rappeler que plus de 80 % des toxicomanies sont d'origine thérapeutique⁷⁵ et que les malades s'approvisionnent à 65 % dans des pharmacies, c'est-à-dire de manière légale⁷⁶.

Si la plupart des nouveaux médicaments psychotropes sont très vite reconnus par les experts comme ayant des propriétés toxicomanogènes, ceux-ci sont rarement classés en tant que « stupéfiants » dans la loi, ce qui empêche bien souvent les médecins de reconnaître la dépendance de leurs patientes et patients consommateurs de psychotropes légaux, en particulier de leurs patientes. Très peu de travaux étudient en effet, à l'époque, la surconsommation de médicaments psychotropes par les femmes, bien qu'une fois encore cette surconsommation soit soulignée par les spécialistes⁷⁷. Le modèle biomédical à présent à l'œuvre, valorisant la technique au profit du témoignage des malades, éloigne le médecin de l'écoute des besoins spécifiques des patientes et patients, favorisant en contrepartie la prescription de psychotropes légaux. Ceux-ci ont dès lors pour fonction d'éteindre un mal-être lié aux conditions de vie, contrevenant de fait à l'indication de ces

médicaments, qui ne devraient être prescrits que pour des pathologies relevant de la psychiatrie. Cette forme de dépendance, légale et ne venant pas perturber l'ordre établi, est liée à la domination patriarcale et sociale (les chômeurs sont également nettement plus consommateurs de médicaments psychotropes)⁷⁸. Elle est toujours actuellement peu comptabilisée, puisque le Baromètre santé de 2010, publié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), qui interrogeait 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans sur leur consommation de psychotropes légaux (alcool et tabac) ou illégaux, n'avait posé la question des médicaments psychotropes qu'à une sous partie du panel total concernant les psychotropes en général : seulement 3543 personnes avaient été interrogées à ce sujet. Dans ce faible échantillon, 35 % des personnes sondées avaient utilisé au moins une fois ce type de médicament⁷⁹. S'ils sont prescrits par le médecin, les études actuelles montrent une persistance des pratiques d'automédications liées à la gestion domestique et quotidienne de la douleur physique ou psychique. Les familles conservent ainsi toujours un stock de médicaments psychotropes dont elles font usage sans avoir recours au médecin : « face à une douleur légère et autodiagnostiquée au sein de la famille ou du réseau social, on pense au médicament et on connaît une panoplie de ressources, en partie disponibles dans la boîte de pharmacie domestique⁸⁰ ». L'ethnologue Claudie Haxaire a bien montré comment, dans les discours des individus, l'usage des psychotropes n'était pas relié au monde médical (ni le personnel soignant ni la notion de prescription ou d'ordonnance n'étaient évoqués) : « Il s'agit là de la description de pratiques que les locuteurs disent prendre en charge seuls⁸¹. »

Depuis le milieu des années 1990, la morphine a fait son retour dans la pharmacopée française et est désormais reconnue comme un médicament indispensable. La dimension thérapeutique de la cocaïne et du cannabis, en revanche, reste largement occultée par leur classification en tant que stupéfiants. Pourtant, les usagers et usagères de ces substances ne cherchent pas nécessairement à « se droguer » de manière hédoniste, mais peuvent les consommer pour soulager la douleur. Ainsi, au XIX^e siècle comme de nos jours, celle-ci reste l'une des principales raisons invoquées pour expliquer le recours à des psychotropes illégaux aux propriétés antalgiques. De même, « en addictologie, l'automédication est [...] considérée comme l'une des hypothèses expliquant la concomitance entre les troubles mentaux et l'usage de substances⁸² ». Certains patients et patientes déclarent en effet utiliser le cannabis pour soulager leurs troubles anxieux ou dépressifs, et des études suggèrent que la

dépression ne serait pas causée par son usage, mais bien qu'elle en serait la cause⁸³.

Les savoirs concernant les psychotropes – légaux ou illégaux –, sont toutefois toujours mal diffusés dans la société. Cet état de fait en accroît la dangerosité auprès d'individus les banalisant ou les consommant de manière risquée (fortes doses, consommation très régulière, associations avec d'autres psychotropes, notamment l'alcool, mauvaises conditions d'asepsie, etc.).

3) *Dangers de la perte des savoirs*

Le système médical fondé sur la confiscation du médicament au bénéfice du seul médecin empêche la production de connaissances des patients et patientes. D'autre part, le vocabulaire employé ne permet plus aux profanes de comprendre les textes médicaux, auxquels d'ailleurs ils n'ont pas accès. Ce système amplifie la verticalité et la hiérarchie de la nouvelle relation entre le médecin, qui sait, et les patients et patientes, qui obéissent. Or, en maintenant les patients et patientes dans l'ignorance, ce nouveau modèle « filiatif », comme le définit Philippe Pignarre, favorise les conditions de dangerosité du médicament⁸⁴. En effet, cette mise sous contrôle, qui n'empêche pas la consommation non médicale, entrave la transmission des apprentissages de gestion des risques autour de ces substances. Les décès liés à l'usage de psychotropes viendraient ainsi non pas des substances elles-mêmes, mais bien de l'ignorance qui entoure leur consommation par les profanes⁸⁵. Les usagères et usagers, forcés de se fournir sur le marché illégal, n'ont par exemple aucune connaissance concernant la pureté de la substance qu'ils obtiennent. Comme l'explique l'historien spécialiste des drogues Jean-Jacques Yvorel, « Nous savons qu'aujourd'hui la plupart des “overdoses” s'expliquent par l'arrivage sur le marché de “poudre” dont la teneur en héroïne est inhabituelle⁸⁶. » Le cannabis n'est pas épargné : avec l'apparition de cannabinoïdes de synthèse, plus puissants et emballés de manière à pouvoir en consommer des doses trop importantes, apparaissent les premières surdoses mortelles, ce qui était impossible avec les formes traditionnelles de cannabis⁸⁷. Ces produits ne font pas encore l'objet de connaissances profanes, qui sont progressivement acquises par les usagers et usagères et sont transmises entre pairs : les personnes qui commencent à en consommer sont bien souvent peu au fait des pratiques réduisant leur dangerosité.

A contrario, la diffusion de connaissances fiables sur les stupéfiants diminue les risques liés à leur consommation. À partir du milieu des années 1990, la France a ainsi modifié sa législation

pour permettre la mise en place d'actions de réduction des risques : les personnes qui consomment des stupéfiants ont pu avoir accès aux informations nécessaires à la modification de leurs comportements à risques, notamment infectieux. Elles se sont alors « appropri[é] cette éducation et ont modifié la dangerosité de leur comportement », réduisant ainsi leur mortalité⁸⁸. Des associations comme ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) ou Techno-Plus voient le jour et diffusent un contenu informatif sur les psychotropes à destination des usagers et usagères hors cadre médical. Avec l'arrivée d'Internet, ces contenus se multiplient : des communautés de consommatrices et consommateurs de psychotropes légaux et illégaux partagent leurs expériences, collectent des renseignements concernant les effets, les modes d'administration ainsi que les avantages ou les inconvénients des produits, qui, selon l'objectif, peuvent s'inverser, et inventent un nouveau type d'information sur ces substances⁸⁹. Néanmoins, leur consultation demeure limitée, en particulier chez les débutantes et débutants : la fréquentation de consommatrices et consommateurs plus expérimentés est souvent à l'origine de la découverte de ces contenus.

Plusieurs chercheuses et chercheurs dénoncent également la diffusion de fausses informations par des organismes scientifiques au sujet des psychotropes illégaux, comme le professeur Roques au sujet de la position de l'Académie de médecine concernant la neurotoxicité du cannabis : « La neurotoxicité, est une destruction irréversible des neurones dans le cerveau. Le crack, l'alcool et probablement l'ecstasy ont une neurotoxicité irréversible. Pas le cannabis, l'héroïne et les médicaments – tranquillisants, antidépresseurs. C'est un fait⁹⁰. » Ainsi, comme le notent les psychologues Lionel Dany et JeanClaude Abric, « les données scientifiques disponibles sur le cannabis sont sujettes à discussion et participent à un réel débat social qui ne permet pas l'émergence d'un socle de connaissances qui fasse réellement consensus⁹¹ ». Pour le professeur d'histoire de la médecine David Musto, le but de ces exagérations est « de décrire les drogues de manière si répulsive que toute personne lisant ou en entendant parler ne soit pas tenté[e] de les expérimenter⁹² ». Mais les conséquences de ces tactiques sont principalement négatives. D'abord, elles participent à créer de l'ignorance au sujet des substances. Ensuite, les informations visant à les diaboliser sont contre-productives puisqu'elles font perdre toute crédibilité aux messages de prévention à destination des consommatrices et consommateurs. Enfin, elles participent au développement d'une attitude critique des usagères et usagers envers les savoirs médicaux pouvant mener à des tensions dans la

relation thérapeutique si la patiente ou le patient décide de modifier, selon ses propres « stratégies de soin »⁹³, un traitement donné, ou de consommer des substances considérées par le médecin comme néfastes, à l'image du cannabis.

Nous avons également vu comment la classification des stupéfiants, cette catégorie « négative » des psychotropes, banalise implicitement la consommation des autres psychotropes légaux, empêchant non seulement de les reconnaître comme des substances potentiellement dangereuses et toxicomanogènes, mais également de poser un diagnostic en cas d'abus. En 2007, le président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants alertait la communauté internationale sur le fait que la plupart des pays ne disposent d'aucun mécanisme pour recueillir systématiquement les données concernant l'abus de médicaments délivrés sur ordonnance et n'ont ainsi pas conscience de l'ampleur du détournement, qui pourrait dépasser la quantité de consommations illicites. Il ajoutait : « Ce que les usagers ne savent pas, c'est que l'abus de médicaments sur ordonnance peut être plus dangereux que l'abus de drogues fabriquées illicitement⁹⁴. »

Conclusion

De nos jours, dans un contexte de modification de la relation médecin-patiente ou patient, passant d'un modèle « paternaliste » à un modèle de participation mutuelle dans lequel la patiente ou le patient redevient l'acteur de sa prise en charge médicale, la consommation de psychotropes illicites est repensée sous l'angle des pratiques d'automédication. Ce basculement s'est effectué en France dans les années 1980 au moment de l'apparition du SIDA. Devant le manque de prises en charge adaptées, les patientes et patients se sont regroupés en associations pour faire valoir leurs droits : ce tournant marque le début de ce que l'on a appelé « l'activisme thérapeutique⁹⁵ », qui a permis notamment une refonte des règles du protocole compassionnel, procédure permettant d'approuver en France l'importation de médicaments encore non autorisés à la vente pour des essais ou pour leur prescription⁹⁶. C'est à cette occasion que le cannabis thérapeutique réapparaît : ses propriétés de stimulation de l'appétit et d'antiémétiques en font une médication préconisée par les malades séropositifs. Ainsi, ce sont souvent des patientes et patients, démunis devant l'inefficacité de leurs traitements, qui se tournent vers de nouvelles formes de médications pourtant illégales mais validées par d'autres malades puis par une partie de la communauté scientifique ; l'usage

hédoniste permet d'autre part de découvrir ou de préciser des usages médicaux à ces substances.

Depuis le rapport Roques datant de 1998, les idées associées aux notions de psychotropes licites et illicites ont été bouleversées, en intégrant dans les classifications le tabac, l'alcool et les médicaments psychotropes. Comme le montre le sociologue Gérard Mauger, « Alors que l'usage condamné de drogues ou d'alcool est souvent associé à une "fuite" devant des problèmes psychologiques, le médecin conseille lui-même des psychotropes pour venir à bout des mêmes conflits, estimant la voie psychothérapeutique trop longue ou trop hasardeuse⁹⁷. » Notre époque brouille donc les frontières entre drogues illicites et psychotropes prescrits, ce que caractérise l'utilisation du mot « dopage » en dehors du cadre sportif. Une étude publiée dans la revue *Nature* en 2008 révélait qu'un scientifique sur cinq utilisait des psychotropes comme « coups de pouce cognitifs⁹⁸ ». Cette pratique a désormais un nom permettant de gommer son analogie d'avec l'usage stigmatisé de psychotropes illégaux : la « neuroamélioration⁹⁹ ».

La douleur est toujours au cœur des pratiques d'automédication. Ainsi, un rapport du ministère de la Santé datant de 2007 pointait que dans 40 % des cas d'automédication (de médicaments légaux), le médicament utilisé était un antidouleur. La banalisation de l'automédication aux antalgiques comme le paracétamol est aujourd'hui de plus en plus dénoncée : en 2012, sa prescription représentait 50 % du marché pharmaceutique en ville. Or le paracétamol cause de 2 à 7 % des intoxications médicamenteuses en France¹⁰⁰ et son abus peut provoquer des syndromes de sevrages¹⁰¹. La fréquence de ces intoxications est d'autant plus élevée que ces produits sont disponibles sans ordonnance et sont considérés comme « sûrs » par la population, qui ne connaît souvent pas les règles liées à leur usage. Pourtant, la France est l'un des pays où la réglementation du paracétamol est la plus restrictive au monde, puisque les pharmacies ne sont pas les seuls points de vente aux États-Unis ou en Angleterre, par exemple¹⁰². Parallèlement, l'Amérique du Nord subit ces dernières années une « crise des opioïdes » due à une « opiophilie » ou à une surprescription des produits morphiniques : « Aux États-Unis, on estime aujourd'hui que plus de 3 Américains meurent chaque heure d'une overdose par opioïde, que 40 % de ces overdoses sont secondaires à la prise d'un opioïde prescrit et qu'environ 1000 personnes présentant une overdose par opioïde sont pris[es] en charge chaque jour dans les urgences des hôpitaux¹⁰³. » Cette crise est notamment causée par une méconnaissance des opioïdes, tant de la part du corps médical prescripteur que des patientes et patients : à l'image de la fin du

XIX^e siècle, la banalisation de ces substances liée à une faible information les concernant aboutit à des prescriptions imprudentes et à des mésusages de la part des patientes et patients. L'information et la prévention (des médecins comme des usagères et usagers) sont donc primordiales pour sécuriser l'usage de toute substance psychotrope, qu'elle soit légale ou illégale.

Notes

1. Roselyne Rey, *Histoire de la douleur* (Paris : La Découverte, 2011).
2. Alexandre Klein, « Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine » (Thèse de philosophie et d'histoire des sciences, Université de Lorraine, 2012), 202.
3. Jean-Jacques Yvarel, *Les poisons de l'esprit : drogues et drogués au XIX^e siècle* (Paris : Quai Voltaire, 1992).
4. Philippe Pignarre, *Qu'est-ce qu'un médicament? un objet étrange entre science, marché et société*, Sciences et société (Paris : Éd. La Découverte, 1997).
5. Oriol Romani et Joseph Comelles, « Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance », *Psychotropes* 6, n° 3 (1991) : 39-57.
6. Zoë Dubus, « Médicament ou poison? Médecins, médecine et psychotropes du XIX^e siècle à nos jours en France » (Thèse d'histoire, Aix-Marseille Université, 2022).
7. Étienne Frédéric Bouisson, *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir* (Paris : J. B. Baillière, 1850), 8.
8. J. L. Faure et H. Rieffel, « Rectum et anus – Cancer ano-rectal », dans *Traité de chirurgie*, vol. VI (Paris : Masson et Cie, 1898), 855.
9. Armand Trousseau, « Névralgie épileptiforme », dans *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, vol. 2 (Paris : J. B. Baillière et fils, 1862), 52.
10. William Helfand, « Mariani et le vin de coca », *Revue d'Histoire de la Pharmacie* 68, n° 247 (1980) : 227-34.
11. Raymond Nogué, « Posologie infantile », *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 35 (28 juin 1894) : 556.
12. Apollinaire Bouchardat, *Énumération des mets qui conviennent aux glycosuriques ordonnés d'après les préceptes exposés*, 3^e édition revue, augmentée (Paris : Germer Baillière, 1870), 4.
13. Nogué, « Posologie infantile », 557.
14. Marcel Lermoyez, *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal* (Paris : O. Doin, 1896), 301.
15. Edward-Constant Seguin, *Leçons sur le traitement des névroses* (Paris : Octave Doin, 1893), 40.

168 **De l'automédication au monopole de la prescription**

16. Terrillon, « Seize hystérectomies abdominales », *Annales de gynécologie et d'obstétrique: maladies des femmes, accouchements* 29 (janvier 1887) : 357.
17. Yvrel, Les poisons de l'esprit.
18. Mathieu Orfila, « Article "Opium" », dans *Dictionnaire de médecine ou répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique*, par Adelon, Béclard, et Bérard, 2^e édition, vol. XXII (Paris : Béchet Jeune, 1840), 230.
19. Jacques Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Collection historique (Paris : Aubier Montaigne, 1981), 72.
20. « La morphinomanie », *La France médicale* 1, n° 62 (31 mai 1883) : 761-62.
21. *Vincennes, pharmacie Grémy, 168 rue de Paris: 1 registre (4 mars 1896juin 1898)*, Archives départementales du Val-de-Marne, 1J 742 et 743, 1896-1898.
22. *Vincennes. - Pharmacie Doussot, 30 avenue du Château: Registre RAPP copie d'ordonnances visé par le commissaire de police de la circonscription de Vincennes*, Archives départementales du Val-de-Marne, 1J 466, 1914-1915.
23. La ville compte un peu plus de 3000 habitantes et habitants au XIX^e siècle.
24. Archives départementales de Tours, *Produits à usage médical et substances vénéneuses, délivrance : ordonnanciers. Fonds du pharmacien Louis Viète, à Langeais, 1847-1875* (118J1-15).
25. Georges Pichon, *Le morphinisme* (Paris : O. Doin, 1889), 455.
26. Pharmacie centrale de France, *Catalogue pharmaceutique ou prix courant général de la Pharmacie centrale de France et de la Maison générale de Droguerie Ménier réunies* (Paris, 1877).
27. Étudiée par Gianna Pomata, «Contracting a cure. Patients, Healers, and the Law in Early Modern Bologna», (Baltimore 1998, 1^{re} éd. italienne 1994) et cité par Philip Alexander Rieder, « L'histoire du «patient»: aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale? », *Gesnerus*, no 60 (2003) : 266.
28. Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine*, Historiques (Paris : Anthropos, 1994).
29. Alexandre Klein, « "Il est clair que je suis hypocondre vaporeux, et peut-etre pis encore". De l'agentivité des malades impatientes du Dr Tissot (1728-1797) », dans *Histoire de la santé (XVIIIe-XXe siècles). Nouvelles recherches francophones* (Québec : Presses de l'Université Laval, 2015), 101-21.
30. Faure, *Histoire sociale de la médecine*, 91.
31. Serenella Nonnis-Vigilante, « Les sources de la plainte: pour une histoire des rapports médecins-malades en France aux XIX^e-XX^e siècles », dans *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-*

- XVIIIe siècle*, par Elizabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante (Lille : Presses Universitaires du Septentrion, 2010), 246 et 250.
32. Jules Lefort, *Études chimiques et toxicologiques sur la morphine, suivies d'observations sur son passage dans l'économie animale* (Paris : Impr. de Pillet fils aîné, 1861), 22.
 33. Klein, « “Il est clair que je suis hypocondre vaporeux, et peut-être pis encore”. De l'agentivité des malades impatients du Dr Tissot (17281797) », 122.
 34. Olivier Faure, *Aux marges de la médecine : santé et souci de soi, France, XIXe siècle*, Corps & âmes (Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence, 2015), 288.
 35. Louis Portes, « Du consentement à l'acte médical, Communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950 », dans *À la recherche d'une éthique médicale* (Paris : Masson, 1955), 163.
 36. Auguste Félix Voisin, « Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine », *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale* 90 (1876) : 11.
 37. Edgard Bérillon, « Le traitement psychothérapique de la morphinomanie », *Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique*, n° 7 (1892) : 129.
 38. Martine Xiberras, *La Société intoxiquée*, Sociologies au quotidien (Paris : Méridiens-Klincksieck, 1989).
 39. Yves Duchesne, « De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique » (Thèse de médecine, Paris, 1887), 33.
 40. Klein, « Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine », 370.
 41. Article « automédication », *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine*, 2021 [En ligne] <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=autom%C3%A9dication>.
 42. Gaudier, « Sirop contre la migraine et les névralgies intermittentes », *Almanach de France* 29 (1860) : 78.
 43. *Almanach Hachette: petite encyclopédie populaire de la vie pratique* (Paris : Hachette & Cie, 1894), 47 ; 307 ; 308 ; 311 ; 315.
 44. *Almanach Hachette: petite encyclopédie populaire de la vie pratique*, 307-308 ; 315 ; 318-319 ; 320.
 45. Barbara Hodgson, *In the Arms of Morpheus: The Tragic History of Laudanum, Morphine, and Patent Medicines* (New York: Greystone Books, 2008).
 46. Paul Eliot Gootenberg, *Cocaïne andine: l'invention d'une drogue globale, Des Amériques* (Rennes : Les Perséides, Presses universitaires de Rennes, 2013).
 47. « Le coca », *L'Académie culinaire: journal encyclopédique et officiel de l'Académie de cuisine de Paris*, n° 22, 15 novembre 1884, 86-88.

- 170 **De l'automédication au monopole de la prescription**
48. E. Myrh, « Une visite à l'exposition du travail », *Le Journal des confiseurs-pâtisseries, chocolatiers, fabricants de biscuits, etc.*, n° 15, 1 novembre 1891, 155.
 49. Gootenberg, *Cocaïne andine*, 19 ; Zoë Dubus, « Consommation de coca et sports au XIX^e siècle », *RetroNews*, 12 mai 2022, <https://www.retronews.fr/sports-et-loisirs/long-format/2022/05/12/coca-et-sports>.
 50. François Dorvault, « Du hachisch », *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale* 35 (1848) : 363.
 51. Jules Giraud, « L'art de faire varier les effets du hachich », *L'Encéphale*, n° 1 (1881) : 418-25.
 52. Par exemple: Paul Ginisty, « Chronique », *Le XIXe siècle*, n° 4996 (11 septembre 1885): 3.
 53. Sara Elizabeth Black, « Psychotropic Society: The medical and cultural history of drugs in France, 1840-1920 » (Thèse d'histoire, New Brunswick, Rutgers The State University of New Jersey, 2016), 81.
 54. Raimbert, « Sur l'administration des médicaments par l'intermédiaire de la membrane muqueuse des fosses nasales », *Journal des connaissances médicales pratiques* 34, n° 1 (1867) : 453.
 55. Paul Brouardel et André-Justin Martin, *Ministère du Commerce et de l'industrie. Comité consultatif d'hygiène publique de France. Exercice de la médecine. Projet de révision de la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803)*, vol. XVI, Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (Paris : Imprimerie Nationale, 1886), 14.
 56. Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, 77.
 57. Michel Vovelle, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours, précédé de La mort, état des lieux: préface à la nouvelle édition*, Bibliothèque illustrée des histoires (Paris : Gallimard, 2000), 530.
 58. Cette nouvelle forme de pathologie commence à être décrite à la fin des années 1870 en France.
 59. Caroline Jean Acker, « From all-purpose anodyne to marker of deviance: physicians' attitudes toward opiates from 1890 to 1940 », dans *Drugs and narcotics in history* (Cambridge, England : Cambridge University Press, 1996), 120.
 60. Pignarre, *Qu'est-ce qu'un médicament?*, 202.
 61. Fernand Levillain, *Hygiène des gens nerveux* (Paris : F. Alcan, 1892), 132.
 62. Romani et Comelles, « Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines », 42.
 63. Première description de la morphinomanie en France « Revue des journaux, Morphomanie: abus des injections sous-cutanées de sels de morphine, par Levinstein », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* 47 (1876) : 100-103.

64. Dubus, « Médicament ou poison? Médecins, médecine et psychotropes du XIX^e siècle à nos jours en France ».
65. « Le commerce clandestin de la cocaïne “made in Germany” », *Le Matin*, 4 mars 1913 ; Léo Poldès, « Contre le poison prussien, contre la cocaïne », *Le Bonnet rouge*, 2 octobre 1915 ; « Contre la coco, la loi est désarmée », *Le Matin*, n° 11423 (7 juin 1915) : 2 ; Paul de Mirecourt, « Sus au commerce allemand! », *Paris-Midi*, 10 mars 1915 ; « Made in Germany: Cocaïne, opium, morphine and Cie », *La Lanterne*, n° 13924 (7 septembre 1915) : 2.
66. Raphaël-Georges Lévy, « Un nouveau fléau allemand », *Journal des débats politiques et littéraires*, 29 mai 1915.
67. « Exposé des motifs de la proposition de loi tendant à réprimer l’usage et la détention de la cocaïne présentée par M. Louis Martin, annexe 207 », *Journal Officiel de la République française, Doc. Parl., Sénat*, 17 juin 1915, 105-6.
68. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care et World Health Organization, *Traitement de La Douleur Cancéreuse et Soins Palliatifs: Rapport d’un Comité d’Experts de l’OMS [Réuni à Genève du 3 Au 10 Juillet 1989]* (Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1990), 32.
69. « soit, pour donner un ordre de grandeur, autant que l’impôt sur le revenu dans le budget de la France aujourd’hui » Yann Bisiou, « Deux siècles de politiques publiques des drogues », *Psychotropes* 22, n° 2 (2016) : 30.
70. Yvorel, *Les poisons de l’esprit*, 237.
71. Bisiou, « Deux siècles de politiques publiques des drogues », 30.
72. Emmanuelle Retaillaud-Bajac, *Les paradis perdus: drogues et usagers de drogues dans la France de l’entre-deux-guerres* (Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2009).
73. Docteur Bovary, « Santé: le Hoquet », *La Femme de France*, 14 avril 1937, 43.
74. Romani et Comelles, « Les contradictions liées à l’usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines », 45.
75. Charles Vaille et Gabriel Stern, « Contribution à l’étude des toxicomanies », *Annales Pharmaceutiques Françaises* VIII (novembre 1950) : 79-82 ; 95-100 ; 111-20.
76. Charles Vaille et Gabriel Stern, *Les stupéfiants, fléau social* (Paris : Expansion scientifique française, 1955), 154.
77. Vaille et Stern, *Les stupéfiants, fléau social*.
78. Anne Cécile Schouler Bourjal, « Les déterminants de la prescription des benzodiazépines: Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle » (Thèse de médecine, France, Université de Nancy I. Faculté de médecine, 2009).
79. INSERM, *Médicaments psychotropes: Consommations et pharmacodépendances*, Collection Expertise collective (Paris : Inserm, 2012), 39.

172 **De l'automédication au monopole de la prescription**

80. Marta Allué, « La douleur en direct », *Anthropologie et Sociétés* 23, n° 2 (1999) : 125.
81. Claudie Haxaire, « «Calmer les nerfs»: automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences Sociales et Santé* 20, n° 1 (2002) : 69.
82. Lise Dassieu, « L'automédication chez les usagers de drogues: de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 18 (6 mai 2019) : 6.
83. Abir T. El-Alfy et coll., « Antidepressant-like effect of Δ 9-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids isolated from *Cannabis sativa* L », *Pharmacology, biochemistry, and behavior* 95, n° 4 (juin 2010) : 434-42.
84. Pignarre, *Qu'est-ce qu'un médicament?*, 193.
85. Carl L. Hart, « People Are Dying Because of Ignorance, Not Because of Opioids », *Scientific American* 317, n° 5 (novembre 2017) : 11.
86. Yvrel, *Les poisons de l'esprit*, 124.
87. David J. Nutt, Leslie A. King et David E. Nichols, « Effects of Schedule I Drug Laws on Neuroscience Research and Treatment Innovation », *Nature Reviews. Neuroscience* 14, n° 8 (2013) : 580.
88. Christian Sueur, « Éduquer le toxicomane », *Psychotropes* 10, no 2 (2004) : 56.
89. Citons par exemple les sites www.psychoactif.org ou www.psychonaute.org.
90. Matthieu Ecoiffier, « “Qu'on interdise aussi l'alcool!” Interview du professeur Roques », *Libération*, 9 juin 2003.
91. Lionel Dany et Jean-Claude Abric, « Distance à l'objet et représentations du cannabis », *Revue internationale de psychologie sociale* 20, n°3 (2007) : 83.
92. David F. Musto, « Opium, Cocaine and Marijuana in American History », *Scientific American* 265, no 1 (1991) : 47.
93. Saïd Megherbi, « Les stratégies de soins des toxicomanes », *Psychotropes* 12, n° 3 (2006) : 141-62.
94. Organe international de contrôle des stupéfiants, « L'abus de médicaments délivrés sur ordonnance va dépasser la consommation de drogues illicites, indique l'OICS », *Rapport annuel OICS*, n° 4 (1 mars 2007) : 11-12.
95. Jeannine Barbot, *Les Malades en mouvements: la médecine et la science à l'épreuve du sida* (Paris : Balland, 2002).
96. Sophie Chauveau, « Genèse de la «sécurité sanitaire»: les produits pharmaceutiques en France aux XIX^e et XX^e siècles », *Revue d'histoire moderne contemporaine* 51-2, n° 2 (2004) : 110.
97. Gérard Mauger, « Soigner ou punir? Les traitements des toxicomanies en France (1970-1990) », dans *Qu'est-ce qu'une drogue?* (Anglet : Atlantica, 2001), 154.
98. Brendan Maher, « Poll Results: Look Who's Doping », *Nature* 452, n° 7188 (10 avril 2008) : 674-75.

99. Emilie de Pauw, « Le “dopage cognitif”: signification et enjeux », *Journal international de bioéthique* 22, n° 3 (2011) : 78-92.
100. F. Adnet, S. Atout S, M. Galinski et F. Lapostolle, « Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France », *Réanimation* 14, n° 8 (décembre 2005) : 721-6.
101. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Recommandations pour la pratique clinique. CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes): Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge* (Paris : ANAES, 2004).
102. Fanny Moulinet, *Usage et mésusage du paracétamol dans la population générale : comment les patients l'utilisent?*, Thèse de médecine, Rouen, 2014.
103. D. Vodovar et coll., « La crise des overdoses américaines : une menace pour la France ? », *La Revue de médecine interne* 40, n° 6 (1 juin 2019) : 389.