

# Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance<sup>1</sup>.

Oriol Romaní et Josep M. Comelles\*

Divers auteurs font état des rapports entre l'usage de «drogues» et celui de «médicaments»<sup>2</sup>, qu'ils décrivent comme le tribut qu'une société est censée payer pour son développement. Ce genre d'argument conduit à penser que les deux usages sont en quelque sorte indépendants et justifie des solutions conjoncturelles qui se fondent sur des analyses partielles.

Comme «problème social», le «problème de la drogue» naquit entre 1880 et 1920 autour de deux modèles : un modèle juridico-répressif élaboré aux États-Unis (cf. Escobedo 1989,2 : 225 ss.) mais aussi dans d'autres pays comme la France (cf. Yvrol 1989), à partir de l'interdiction pénale de l'usage de certains médicaments, et un modèle biomédical qui caractérise l'usager comme malade et qui cautionne le précédent mais qui est incapable de structurer un modèle de gestion spécifique<sup>3</sup>.

De son côté, l'automédication est présentée comme un problème technique apparu autour de 1960 au fait de la reconnaissance des dangers iatrogènes et de la croissance non prévue de la consommation pharmaceutique<sup>4</sup>. Vers la fin des années soixante, les dan-

gers de l'automédication ayant été établis, divers auteurs se penchèrent sur l'analyse des corrélations entre ce type d'usage et de consommation et celui des «drogues» (voir note 2 *infra*).

Pour nous, l'usage de «drogues» et celui de «médicaments» sont des comportements indissociables du point de vue de leur histoire culturelle<sup>5</sup>. Dans la mesure où la maladie et le malheur sont des universaux, le fait de les gérer en est également un<sup>6</sup>. L'automédication ou l'autothérapie sont des phénomènes dont il est possible de retracer l'histoire, et non des événements récents, comme semble le suggérer la plus grande partie de la littérature biomédicale<sup>7</sup>.

Le «problème de l'automédication» et le «problème des drogues» sont présentés comme des phénomènes récents, à peine trente ans dans le premier cas, moins d'un siècle dans le second. Selon nous, un processus de substitution des remèdes traditionnels, des thérapies *folk* ou de l'usage de rituels ésotériques par des médicaments se produisit en Europe et aux États-Unis au moins depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle. À partir de la Seconde Guerre Mondiale, les médicaments déplacèrent complètement toutes les autres pratiques de

\* Département d'anthropologie sociale, Université de Barcelone.

soins et d'assistance, jusqu'à les réduire à un rôle marginal. L'intervention des médecins et des pharmaciens entraîna l'apparition d'*interdits* autour de la consommation et de l'usage de certaines familles de substances pharmacologiquement actives, notamment des analgésiques.

Nous appellerons *processus d'automédication* l'ensemble des phénomènes autour desquels se structurent la consommation et l'usage de substances pharmacologiquement actives depuis deux siècles. Essentiellement conjoncturel, ce processus concerne des sociétés dans lesquelles l'État libéral capitaliste se construit à travers des processus d'institutionnalisation, et où certaines corporations professionnelles (médecins et pharmaciens entre autres) jouent un rôle décisif<sup>8</sup>.

Dans la construction des états modernes, les professionnels sanitaires ont justifié l'exclusion ou l'interdiction *administrative* ou *criminelle* de toute pratique autour de la maladie et du malheur qui se situait hors du contrôle médical, pharmaceutique ou vétérinaire, négligeant volontairement la condition structurelle de la gestion de la maladie par les êtres humains, qui est selon nous la variable déterminante du processus d'automédication. Une telle politique était fondée sur des réglementations de la consommation (mais non de l'usage) des médicaments par des professionnels reconnus par l'État<sup>9</sup>, visant à refuser aux profanes toute capacité de décision à ce sujet et à construire un cadre légal et administratif dont le but principal était d'éliminer toute pratique non conforme<sup>10</sup>. Un tel projet était très favorable au développement corporatif des professions sanitaires, qui occupaient une position relativement marginale au XVIII<sup>e</sup> siècle.

## LA NAISSANCE DU PROCESSUS D'AUTOMÉDICATION

### La médicalisation et le crépuscule des remèdes

Si le traitement de soi-même est un universel, l'usage de substances pharmacologiquement actives l'est aussi. Dans de nombreuses sociétés, cet usage plus ou moins rituel a été associé à des pratiques faisant intervenir les réseaux sociaux des patients. Dans certains cas, il s'associe à des spécialistes, à des institu-

tions différenciées ou à des formes de commerce spécifique<sup>11</sup>.

Dans l'Europe médiévale, l'automédication augmenta dès le IV<sup>e</sup> siècle, lorsque la médecine des *archiatroi* entra en crise. Depuis, seuls les couvents ont entretenu des jardins botaniques où des remèdes pouvaient être cultivés.

Pendant le XIV<sup>e</sup> et le XV<sup>e</sup> siècles, le commerce spécialisé se développa considérablement en Europe occidentale, et les premières *formules secrètes* apparurent, combinaisons plus ou moins bizarres de substances qui se transmettaient de pères en fils et dont le secret était assuré par la complexité de la formule<sup>12</sup>. Pendant le XVI<sup>e</sup> siècle, suivant le développement de la iatrochimie, quelques auteurs firent imprimer des rééditions du Dioscoride ou des compilations de remèdes. Le commerce, la consommation et l'usage de ces substances étaient libres, avec pour seul risque des inculpations de sorcellerie ou d'empoisonnement. Ces substances se plaçaient dans des itinéraires thérapeutiques complexes et diversifiés qui se structuraient autour des réseaux sociaux des patients et induisaient des savoirs auxquels participaient toutes sortes de guérisseurs<sup>13</sup>.

Les premiers changements se produisirent à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. La prise en charge de la santé, définie comme but politique par les pouvoirs publics, supposait la suppression des responsabilités attribuées aux particuliers<sup>14</sup> par la médicalisation des pratiques domestiques et des soins aux enfants<sup>15</sup>, la permission accordée aux médecins de définir un nouveau modèle d'hôpital et l'établissement de contrôles sur la fabrication et la consommation des substances actives.

Le pharmacien bénéficia de sa formation supérieure et de l'attribution du monopole sur la vente des médicaments, issu de la lutte contre les empoisonneurs et de l'implantation des brevets de protection du commerce et de l'industrie. Ce développement se produisit durant le XVIII<sup>e</sup>. Il devança les transformations de la pratique médicale qui ne survinrent que cent ans plus tard<sup>16</sup>. Les pharmaciens disposèrent d'un siècle pour gagner le nouveau marché constitué par le prolétariat urbain, qui avait besoin de remèdes symptomatiques efficaces et bon marché. Ils développèrent ce marché par la publicité et par le discrédit des thérapeutiques *héroïques* (Parascandola 1976 : 15).

La concurrence entre médecins et pharmaciens fit rage dans la mesure où le monopole administratif plaçait ces derniers dans les mains des premiers, d'autant que beaucoup de médecins élaboraient eux-mêmes leurs médications. En contrepartie, un régime de tolérance permettait aux pharmaciens de vendre sans ordonnance et de combattre ainsi les vrais intrus, c'est-à-dire les «remèdes» des herbolaires et des charlatans. Le médicament pouvait se substituer progressivement au remède dans les pratiques domestiques et infiltrer même les pharmacopées des guérisseurs<sup>17</sup>. Mais pour cela, il fallait distinguer les médicaments des remèdes du point de vue de leur représentation sociale. Le concours du médecin était indispensable pour y arriver.

### Le triomphe du médicament sur le remède

Le nouveau rôle politique du médecin ne changea pas la structure de sa pratique, qui ne ressemblait que trop à celle des autres guérisseurs pratiquant plutôt la divination que la cure<sup>18</sup>. La seule différence entre le diagnostic du médecin et celui du guérisseur se fondait sur les bases écrites de la procédure divinatoire du premier, qui leur attribuait une valeur charismatique, tandis que les seconds l'obtenaient par un rituel initiatique fondé sur l'oralité<sup>19</sup>.

Dans le modèle de pratique apparu au XIX<sup>e</sup> siècle, que nous appellerons *modèle classique*, le médecin négociait la gestion de la maladie avec les réseaux sociaux de ses patients. Il devait accepter les savoirs de ses interlocuteurs et les modifier par ses conseils. Cette interaction engendrait inévitablement des savoirs de synthèse qui légitimaient parfois les pratiques traditionnelles, parfois les pratiques médicales<sup>20</sup>. Pour les patients et leurs familles, la «foi» et la confiance attribuée au médecin provenaient de sa capacité à communiquer, à les comprendre et à relire son savoir technique pour l'articuler avec les représentations sociales de la maladie.

Mais une médecine fondée sur le diagnostic et le pronostic, bref, sur sa capacité divinatoire, donnait une pauvre image de la science. Laisser faire la nature était un trop vieux principe pour différencier les médecins d'autres guérisseurs. Le triomphe de l'interventionnisme (Coulier 1973, Greenwood 1984) et des traitements *héroïques* signifie qu'indépendamment de la valeur pharmacologique des médicaments, de leur

efficacité réelle, la pratique médicale se distingue des autres parce que ses ordonnances sont écrites et parce que le médecin est seul légitimé à les écrire. Face aux paroles, les médecins monopolisent l'écriture. La condition notariale du médecin, la pénalisation des fausses ordonnances ou celle des erreurs ritualisent l'acte d'ordonner et le convertissent en rituel central de la pratique médicale (Melville 1984, 197; Laín Entralgo 1986 : 277). Cette ritualisation passe par l'exclusion de l'oralité (l'ordonnance s'écrit en silence), par le secret qui lie l'ordonnance du médecin à la lecture du pharmacien et qui s'associe à l'image d'une calligraphie incompréhensible pour les pauvres mortels.

Face au pouvoir de l'écriture, les conseils des pharmaciens ou les ordonnances des guérisseurs font piètre figure. Les savoirs oraux sont fragiles. Engendrés dans des rapports interactifs quotidiens, ils se transforment facilement, se dégradent, et leurs petits changements ouvrent des chemins incontrôlables. La prescription écrite, par contre, fait foi, exige son application et exclut l'apprentissage oral et la participation (Voir Goody 1979 : 243 ss.).

En bref, la prescription a légitimé la préparation galénique et plus tard le médicament face à des remèdes de charlatan. Les médicaments galéniques, qui témoignaient d'un art de la prescription, jouèrent un rôle déterminant dans ce jeu articulé entre les deux partenaires, et furent les responsables du prestige scientifique du médicament.

Contradictoirement, pharmacien et médecin se sont légitimés l'un l'autre. Si certains médecins élaboraient eux-mêmes leurs thérapeutiques et scandalisaient les apothicaires, ceux-ci vendaient des produits de comptoir que les médecins refusaient d'ordonner. Ces contradictions sont nées des caractéristiques du modèle libéral, mais aussi des médicaments eux-mêmes.

La pharmacopée du XIX<sup>e</sup> se composait surtout de thérapeutiques symptomatiques, la plupart des analgésiques et des anesthésiques incorporant souvent les alcaloïdes de l'opium comme substances actives<sup>21</sup>. L'anesthésie, une forme extrême d'analgésie ou de sa prophylaxie, se fonda sur l'éther, le gaz hilarant ou le chloroforme et leurs effets miraculeux sur la douleur s'associèrent à ceux de la morphine. Ces principes actifs agissaient aussi sur la douleur morale, ils étaient

des panacées pour la dureté des conditions de vie. Le fumoir d'opium, les toniques, l'alcool de mélisse, le laudanum ou l'absinthe se partageaient des fonctions semblables et ne se différenciaient que par le contexte de leur usage ou par les caractéristiques de la phase euphorisante qui précède le sommeil<sup>22</sup>.

À côté d'eux, les toniques luttèrent contre les crises de la vie, contre la fatigue ou la neurasthénie, par le moyen de leur excipient alcoolique. Dans une société où l'alcoolisation était perçue comme une histoire d'hommes, le processus d'alcoolisation des femmes et des enfants se produisit à partir des élixirs et des carminatifs qui, conseillés par les médecins, pouvaient être la base du traitement de femmes prises de faiblesse ou de gosses qui «ne montaient pas» (Goulet 1987)<sup>23</sup>.

Le développement du marché pharmaceutique du XIX<sup>e</sup> siècle s'est fondé sur le traitement symptomatique de la douleur et de la défaillance. Sa fonction dans le contexte du système productif fut de se substituer au démantèlement du système de protection sociale de l'Ancien Régime, fondé sur un modèle de solidarité sociale dans le groupe domestique ou sur des institutions communautaires. Cette solidarité une fois brisée, le prolétariat urbain fut livré à lui-même et trouva le pire dans la maladie ou l'accident : la perte de l'emploi. Pour supporter la longue journée et les dures conditions de travail, une solution facile consistait à prendre des sédatifs ou des stimulants obtenus à la taverne ou chez l'apothicaire. Cet usage, loin d'être perçu comme une forme de désintégration sociale, se manifesta comme un instrument d'intégration dans un contexte où aucune forme d'institutionnalisation de l'assistance n'existait encore. En ce sens, le médicament joua un rôle fonctionnel dans les politiques de réforme sociale liées aux premiers balbutiements de l'État libéral car il transmettait aux particuliers la responsabilité individuelle de leurs soins. Le rôle des médecins et des apothicaires consistait une fois de plus à détruire les anciennes structures de socialisation. Le médicament ouvrait le chemin à un nouveau modèle d'intégration sociale fondé sur un rapport individualisé avec les institutions.

Le processus d'automédication a trouvé sa fonctionnalité comme instrument d'intégration sociale dans l'État réformateur du XIX<sup>e</sup>. Simultanément, il a permis l'intégration verticale de la production de médicaments dans les grandes entreprises chimiques et ra-

mené progressivement l'apothicaire à la condition de simple marchand. Mais ces deux politiques étaient contraires aux intérêts économiques et corporatifs des médecins, car elles favorisaient l'automédication, une pratique contradictoire avec les objectifs du monopole médical. Elles avaient du reste un second effet pervers. Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le marché médical n'avait pas augmenté significativement par rapport au début du XIX<sup>e</sup> à cause des effets du prix de la consultation sur la demande<sup>24</sup> et de la mauvaise image sociale associée aux traitements héroïques.

La réponse des médecins eut deux objectifs : lutter directement contre l'automédication en essayant de récupérer le contrôle selon le vieux dicton «nulle dispensation sans prescription», ce qui contribua fondamentalement à criminaliser l'usage de «drogues»; et transformer sa pratique pour en finir avec la mauvaise image sociale de sa profession, ce qui conduisit à substituer au modèle classique de pratique médicale celui que nous appellerons le *modèle hospitalier*. Evidemment, toutes les corporations médicales ne répondirent pas en ces termes. Aux États-Unis par exemple, entre 1900 et 1930, une grande partie des médecins s'opposèrent aux lois et aux interdits qui limitaient les libertés de prescription des praticiens. Car si les lois prohibitionnistes renforçaient partiellement leur contrôle, elles les plaçaient sous la coupe des juges et surtout des policiers (cf. Escotado 1989, 2).

### La criminalisation de l'automédication et la naissance du «problème de la drogue».

L'hostilité à l'automédication ne constitua pas une réponse unanime des médecins. Nombreux sont ceux qui ont bénéficié de l'industrialisation de leurs formules. Retraçant l'histoire de la création du problème de la drogue aux États-Unis, Escotado (1989,2) montre que l'attitude de la corporation médicale n'était pas du tout uniforme. Certes, la morphinisation d'amples secteurs des professions sanitaires était manifeste vers la fin du siècle<sup>25</sup> mais dans la définition de nouvelles politiques, des mouvements sociaux et des images culturelles furent associés à la débauche ou à la perversion. Le développement des théories sur la dégénérescence manifestait l'apparition d'un discours médical qui s'opposait à ce genre d'usage et suivait les positions de certains secteurs sociaux (Voir Yvoret et Debock 1990). Les médicaments qui avaient joué leur

rôle comme instruments d'intégration sociale devenaient dans ces discours des agents de désintégration et de stigmatisation pour certains secteurs de la société.

En Europe continentale, le rôle des sociétés de tempérance était négligeable, tandis que le discours des médecins avait une influence prépondérante<sup>26</sup>. Ce discours a émergé dans un contexte de crise des objectifs réformateurs de l'État libéral et de leur glissement vers des formes de gestion «dure». Celles-ci correspondaient à un degré avancé du développement capitaliste et au remplacement des projets pédagogiques de réinsertion sociale par des projets fondés sur l'exclusion et l'enfermement. Le biologicisme est intervenu ici comme caution idéologique des politiques de ségrégation et de stigmatisation<sup>27</sup>.

La lutte contre l'automédication traduisait la volonté d'en finir avec la concurrence que représentaient les médicaments de comptoir pour le négoce des médecins<sup>28</sup>, de récupérer l'hégémonie sur les pharmaciens mais aussi de se poser comme les défenseurs d'une éthique du travail qui semblait exclure ce qu'aujourd'hui nous appellerions le *doping*, considéré comme un facteur de désintégration sociale et de diminution des rendements<sup>29</sup>.

Le discours des médecins avertissait l'État du peu de confiance qu'il fallait concéder à la plupart des médicaments de comptoir, ce qui conduisit au concept de médicament *éthique*.<sup>30</sup> Dans la mesure où les professionnels comptent sur de nouveaux analgésiques ou psychotropes (barbituriques, salicylates et plus tard amphétamines) qui passent exclusivement sous leur contrôle et qui, en raison de leur origine synthétique, n'évoquent pas de rôles ludiques, ils peuvent élaborer un discours qui les interdit (Cesoni et Robert 1990, Debock et Yvrol 1990).

La création d'un problème de la drogue fondé sur l'interdiction de certaines familles de produits<sup>31</sup> a eu lieu dans un contexte complexe lié à des variables comme l'expansion coloniale et la macro-économie (Musto 1972, Abarca 1980, Bérout 1990), ainsi que les problèmes internes de certains pays comme les États-Unis (Escotado 1989, 2), ou comme la perception de prétendus effets pervers dans les pays européens (Yvrol 1989, Debock et Yvrol 1990, Cesoni et Robert 1990). La plupart des auteurs sont relativement prisonniers de ce genre d'analyse mais ils négligent par contre

d'autres dimensions à caractère microsocial. À côté des retombées politiques ou juridiques, les enjeux étaient la lutte contre l'automédication, contre le discours biomédical (attitudes corporatives de certains médecins) mais aussi contre l'influence de ce discours sur les processus de marginalisation du lumpen-prolétariat en Europe, et de certaines minorités ethniques<sup>32</sup>.

Étant donné le maigre rôle des professions sanitaires sur les soins prodigués dans les sociétés industrielles vers la fin du siècle, on peut comprendre que les propositions médicales de contrôle du marché pharmaceutique aient fait obstacle au développement du négoce pharmaceutique. Celui-ci s'appuyait déjà sur le poids des grandes entreprises chimiques, mais aussi sur l'hostilité de la population qui ne se résignait pas à perdre son accès libre aux médicaments. Durcir le contrôle signifiait distinguer entre médicaments «éthiques» et médicaments «de comptoir» (*OTC*). Ces derniers devaient être sûrs et de ce point de vue le *Pure Food and Drugs Act* américain de 1906 bénéficia aux uns et aux autres car il signifia réellement la fin des «médicaments secrets» et des remèdes de charlatans, et favorisa le développement industriel. Mais simultanément, un troisième groupe de médicaments fut délimité, dont la circulation fut interdite ou soumise à différents niveaux de contrôle comme produits éthiques spéciaux<sup>33</sup>.

Médecins et juristes ont élaboré un discours relatif à certains médicaments qui ne devaient *jamaïs* être aux mains des particuliers et parmi lesquels se trouvaient, précisément, les analgésiques. Par ces mesures, les médecins ont récupéré le contrôle sur la douleur, en refusant aux particuliers le droit de la maîtriser par eux-mêmes. Ce principe contredit les principes de liberté individuelle sur lesquels se fonde le système politique auquel ils appartiennent (Escotado 1989, 2)<sup>34</sup>.

D'un point de vue symbolique, le XIX<sup>e</sup> avait représenté l'affranchissement de la douleur. Finie l'époque où celle-ci était source de sainteté. Sydenham ou Dover, avec leurs opiacés, avaient rendu aux citoyens le droit de la maîtriser. Mais le durcissement du XX<sup>e</sup> donna aux médecins un droit que seul Dieu semblait avoir, celui de maîtriser leur propre douleur, ce qui explique le nombre de morphinomanes parmi eux, et de le concéder aux autres à partir de classements sociaux répondant à des préjugés<sup>35</sup>.

## L'HÉGÉMONIE DU MÉDICAMENT ET LE DÉVELOPPEMENT DES DÉPENDANCES

### La crise du modèle classique et l'émergence du modèle hospitalier

Les nouvelles politiques relatives aux médicaments se développèrent parallèlement à une très profonde transformation du modèle dominant en matière de pratique médicale<sup>36</sup>. Le modèle classique s'essouffla avec la fin du projet clinique du XIX<sup>e</sup>, avec le développement de la médecine expérimentale, avec les changements dans les programmes de formation médicale, avec le développement institutionnel répondant aux revendications sociales, avec les changements dans la technologie des soins engendrés par le développement de la chirurgie et sans doute avec le tassement de la demande des services médicaux<sup>37</sup>. En général, cette transformation représentait une modification des politiques de contrôle social et le remplacement des formes plus dures d'exclusion par des modèles de prise en charge décentralisés, fondés sur du personnel entraîné spécifiquement, capable de dépister les cas parmi des groupes sociaux élargis et placés en plein milieu du tissu social.

Le modèle hospitalier place l'hôpital au centre du système de soins et prétend limiter les itinéraires non institutionnels pour réduire l'incidence du *self-help*. Il renforce l'idéologie institutionnelle et ne se fonde plus sur des négociations entre médecins, patients et réseaux sociaux. Il hiérarchise fortement la prise en charge, exclut le patient et son réseau des décisions relatives à l'assistance, cache le patient loin du regard des profanes et le réifie. La fonctionnalité de l'hôpital trace une barrière d'obscurité et de mystère entre les gestions domestique et institutionnelle et consacre l'hégémonie des médecins sur l'assistance<sup>38</sup>.

Si les coûts chirurgicaux, d'attention médicale et de pharmacie étaient les principaux problèmes de l'implantation progressive du monopole médico-pharmaceutique, le modèle hospitalier permet quant à lui de contrôler les trois en excluant toute possibilité de gestion extérieure et consacre la dépendance des drogues comme un problème de «maladie» n'ayant aucune solution hors du cadre médico-institutionnel. En contrepartie, il place la consommation pharmaceutique à la charge de l'État comme un coût additionnel par rapport

aux dépenses hospitalières et médicales<sup>39</sup>. Ce faisant il rend aux médecins leur hégémonie en modifiant le vieil aphorisme : «nulle dispensation gratuite sans prescription médicale».

### Drogues magiques

Avant la Deuxième Guerre Mondiale, le recours au médecin était bien moins fréquent qu'aujourd'hui et se plaçait en général dans le cadre du modèle classique. Le médecin était requis exceptionnellement, en particulier en milieu rural ou ouvrier. Sa présence était habituellement associée à des circonstances vécues dramatiquement par les malades et leurs réseaux sociaux<sup>40</sup>. La Guerre et l'après-guerre signifia une très dure période de régression et de difficultés dans la plupart des pays européens, qui retarda d'une décade la plénitude du *Welfare State*. L'hôpital était encore un espace chirurgical ou le lieu de l'assistance aux indigents. Pourtant, entre 1920 et 1960 aux États-Unis, mais aussi dans la plupart des pays développés, la consommation de produits pharmaceutiques éthiques a remplacé les produits de comptoir, et vers la fin de cette période, à peu près 80 % de médicaments vendus étaient éthiques (Backman 1965), c'est-à-dire le fruit de la prescription médicale, remboursés ou non par les caisses de la sécurité sociale. Nous considérons ce phénomène, qui témoigne de l'hégémonie progressive du médicament dans les sociétés développées, comme une seconde étape du processus d'automédication, malgré le fait qu'il manifeste apparemment l'hégémonie du médecin dans la prescription. Essayons d'y voir de près.

Helman (1978) a étudié le rôle qu'eut l'implantation du *National Health Service* sur la pratique des généralistes britanniques. Subitement, ces praticiens se trouvèrent confrontés à une énorme demande de malades atteints par des rhumes, des fièvres plus ou moins spécifiques et des «refroidissements» absolument banals et contre lesquels il ne pouvaient que se référer à leur propre expérience de patients. La gratuité du service avait déplacé sur les médecins des diagnostics traités traditionnellement par l'automédication, mais les malades avaient besoin de «toubib» pour obtenir les médicaments. Le genre de prescriptions auxquelles ils se livraient étaient des analgésiques, des antithermiques, des antidiarrhéens, des vitamines qui bénéficiaient du prestige requis, mais qui

répondaient aussi à une demande caractéristique d'après-guerre, de post-famine et de rationnement. Or, dans ce modèle, l'usager qui veut maintenir équipée sa pharmacie domestique se voit obligé de recourir au médecin et de négocier avec lui l'obtention gratuite des médicaments. Les médecins, eux, se plaignent du débordement de la demande sans comprendre qu'elle est la conséquence de leur monopolisation du secteur.

Dans cette nouvelle situation, l'usager qui, pendant un siècle, avait conquis un savoir positif sur le médicament de comptoir se vit obligé de simuler l'ignorance pour obtenir du médecin ce qu'il savait lui-même prescrire. La prescription, dont nous avons vu la valeur rituelle, perd cette valeur en se transformant en une sorte de chèque au porteur visible et lisible par tous dans la mesure où les prospectus des médicaments et les modes d'emploi des boîtes deviennent l'information dominante<sup>41</sup>.

Mais pour que le médicament devienne le traitement par excellence, il fallait encore un miracle. Celui-ci se produisit par le biais de la péniciline et des antibiotiques<sup>42</sup>, qui engendrèrent une confiance aveugle généralisée à la plupart des autres familles de médicaments. Dans l'après-guerre en Europe, la péniciline mit fin aux drames domestiques que représentaient la pneumonie, la méningite, les sepsis puérpérales ou les maladies par *streptococcus*. Le miracle se produisait en deux jours, devant la famille, le médecin et les amis, grâce à quelques simples piqûres. Finies les attentes longues et tendues des crises pneumoniques, finies les vieilles pratiques hygiénico-diététiques, les purges, les vapeurs, les ventouses. L'antibiotique était sûr, spectaculaire, sans effets secondaires évidents et offrait une cure radicale. À l'efficacité biologique s'associa tout de suite le symbolisme : la péniciline fut un miracle de la science qui mit fin à des siècles de superstition et d'obscurantisme : un miracle *visible* au jour le jour. Brusquement, la péniciline dispensait les généralistes de la parole et les réduisait à la prescription face à une clientèle qui demandait des actes (les antibiotiques) et peu de paroles. Les antibiotiques à «large spectre» réduisaient le diagnostic à presque rien, le pronostic, la divination devenaient finalement ce qu'ils avaient toujours été, des pratiques de charlatan. Le médicament, autrefois simple appendice d'une relation complexe gagna de l'autonomie par rapport au médecin dans la mesure où même le diagnostic était facilement com-

préhensible par la population<sup>43</sup>. Inévitablement, un savoir syncrétique est apparu dans lequel ce n'était plus la connaissance du médecin qui légitimait le traitement, mais le traitement qui légitimait le médecin.

L'indépendance entre le médicament et le médecin fit progresser la connaissance positive des usagers sur son emploi. Les échantillons distribués généreusement aux praticiens par les laboratoires furent drainés vers leurs clients et tendirent à remplir les pharmacies domestiques, à familiariser les familles avec leur emploi et à engendrer un climat de sécurité à leur égard<sup>44</sup>. Cette sensation de sécurité contribua à éliminer de la panoplie des soins domestiques l'irrigateur, le vaporisateur ou les régimes de poissons aux pommes de terre bouillies qui étaient la malédiction de nos maladies d'enfance. Antibiotiques, vitamines et carminatifs vitaminés les remplacèrent, mais aussi notamment deux autres familles de substances : les benzodiazépines et les anorexigènes.

L'introduction des anorexigènes se produisit dans les différents pays occidentaux entre 1950 et 1970 (Voir Debock et Yvrol 1990). En Espagne, elle fut tardive, car l'après-guerre espagnol se prolongea jusqu'au redressement économique des années soixante. Auparavant, leur usage était limité à un usage professionnel ou étudiant, surtout dans des périodes d'examen<sup>45</sup>. Cet usage s'est élargi dans un contexte de transformation de la représentation du corps idéal : celui qui substitua aux *maggioratas* des années cinquante, caractéristiques d'une période d'après-famine, les *shrimps*, comme la Twiggy des années soixante. Les femmes de la classe moyenne espagnole eurent recours aux endocrinologues pour maigrir. Or ceux-ci étaient habitués aux cures hypocaloriques pour traiter le diabète et employaient les mêmes régimes pour les kilos en sus. Dès lors, ces femmes qui captaient des messages publicitaires sur les vertus des anorexigènes négocièrent leur usage avec leurs médecins, sécurisées par l'image de bonté et d'innocuité des médicaments «sous contrôle».

Le cas des benzodiazépines est encore plus intéressant. Leur apparition à la fin des années cinquante correspond au développement du *Welfare State* et à de profonds changements sociaux : mouvements migratoires, politiques de relèvement massif, développement économique, qui supposaient des conditions

aussi mouvementées que celles qui avaient été à la base de la crise de l'Ancien Régime, mais avec une différence essentielle, l'existence d'un dispositif institutionnel de gestion du malaise et de la maladie, équivalant au remplacement de l'automédication liée au médicament de comptoir par l'aide institutionnelle.

Dans la mesure où cette aide institutionnalisée était à maints égards médicalisée, la réponse aux syndromes psychofonctionnels impliqua l'emploi massif de tranquillisants mineurs, d'abord des méprobamates ou de la méthaqualone, plus tard, au début des années soixante, des benzodiazépines. Celles-ci étant dépourvues d'effets secondaires marqués<sup>46</sup>, bien des médecins croyaient à un bas niveau de tolérance pharmacologique. De plus, leur effet anxyolitique se manifestait presque immédiatement et ils donnaient moins fréquemment une sensation d'ivresse que leurs prédécesseurs, les barbituriques ou le chloral, perçus plutôt comme «pilules pour dormir».

Mais le triomphe des benzodiazépines a aussi obéi à un autre phénomène contextuel. Au début des années soixante et dans la plupart des pays occidentaux, la psychiatrie continuait à être perçue comme une discipline rattachée à la «folie», à l'asile et à des techniques «cures» de traitement comme l'ECT ou les «tranquillisants majeurs». D'où de la part de l'usager un certain refus d'entrer dans des circuits de ce genre. Par contre, l'usage des benzodiazépines par les généralistes ou les spécialistes somatiques avait l'avantage de leur permettre de «finir» la visite avec une prescription qui était apparemment une réponse à une demande chaque fois plus péremptoire, et de leur éviter les soucis provoqués par l'utilisation des techniques psychothérapeutiques pour lesquelles ils ne disposaient ni de la formation ni du temps nécessaire, et qui appartenaient à un monde, la psychiatrie, que les somaticiens appréciaient mal dans le contexte du modèle hospitalier (voir Comelles 1988 : 175-214)<sup>47</sup>. Le psychotrope permettait de ne pas parler et de raccourcir la visite, donc servait à augmenter la productivité d'une pratique organisée autour d'un modèle économique performant.

Dans la mesure où les benzodiazépines étaient des traitements symptomatiques, apparemment sûrs et légitimés par les médecins, ils ont ouvert la porte à un apprentissage de leur usage par les profanes. Cet usage eut comme conséquence l'établissement de réseaux de

négociation. En effet, dans la mesure où la tolérance de ces médicaments symptomatiques était un fait prouvé, le patient changeait fréquemment de médecin et lui rapportait «ce qu'il avait déjà pris». Le praticien changeait «habilement» de prescription ou de marque dans la même famille et permettait ainsi la constitution de dépôts substantiels de benzodiazépines dans les pharmacies domestiques, qui n'étaient que des tentations à les employer pour juguler les crises d'anxiété d'autres membres du groupe familial.

Dans la mesure où le modèle hospitalier a progressé dans les pays développés et où les symboles associés à la technologie et aux institutions ont atténué les dimensions charismatiques de la pratique médicale, la responsabilité du médecin dans le diagnostic et le pronostic a diminué. L'ordonnance a cessé de fonctionner comme l'indicateur du triomphe de la science sur la parole et s'est transformée en un instrument pour relier l'usager avec l'administration et lui permettre de recevoir quelque chose de tangible. Pour l'usager, le médicament est devenu un instrument essentiel pour gérer sa vie sociale.

Paradoxalement, le modèle hospitalier, qui paraissait le plus fonctionnel pour arriver au monopole des soins, eut comme conséquence un développement massif du processus d'automédication. Comme ce processus inclut la prescription de davantage de psychotropes, des déplacements se sont inévitablement produits entre usages licite et illicite.

### Surprotection ou dévolution : une politique sélective

Malgré que, tout au long des années soixante, la consommation et l'usage de psychotropes illégaux comme les dérivés du *cannabis* ou comme le LSD, n'ait cessé d'augmenter, le nombre d'usagers dans son ensemble resta ridicule par rapport à la population des pays développés.

En revanche, le contexte lié à la prise de ces produits, le contenu symbolique de leur image culturelle, leur association à des mouvements de libération sociale, culturelle ou politique, et même à des mouvements révolutionnaires, permit un haut degré de manipulation par les pouvoirs publics et les médias et en fit les cibles fondamentales des peurs collectives. Ce genre

de peurs tendait à identifier un continuum dans lequel se plaçaient la drogue, le sexe, le *rock-and-roll*, le communisme et les gauchistes (Romaní 1982). En Espagne, la réponse institutionnelle, la création de la *Brigada de Estupefacientes* précéda l'expansion du nombre d'usagers<sup>48</sup>.

Concernant le «problème de l'automédication», des cris d'alarme furent lancés autour de 1960, dans la mesure où la crise de la Talidomide et l'augmentation de la consommation pharmaceutique remettaient en cause l'optimisme thérapeutique dominant<sup>49</sup>. Les réponses des États à la surconsommation et à l'abus de médicaments consistèrent à augmenter la participation des usagers dans le ticket modérateur, à durcir les conditions d'enregistrement des nouveaux produits, à mettre en place des politiques de pharmacovigilance et à élargir les listes de produits interdits. Ces mesures furent en partie justifiées par des raisons sanitaires, lutte contre la iatrogénie et les vices de la prescription, mais visaient plutôt à tenter d'arrêter un des gouffres financiers du *welfare state*.

La crise économique des années soixante-dix favorisa l'adoption de politiques néolibérales destinées à démanteler en partie l'État providence et à diminuer ses coûts. Dans la sphère du contrôle de la consommation de médicaments, on pouvait s'attendre à de nouvelles limitations, dans la ligne déjà tracée auparavant. Paradoxalement, ces mesures facilitèrent, d'abord timidement, plus tard au grand jour, l'ouverture d'un nouveau champ pour l'automédication en acceptant un assouplissement des conditions de mise sur le marché d'une longue série de produits, en particulier des produits vendus sans prescription.

Ces politiques se trouvent confrontées à plusieurs contradictions. D'abord elles introduisent une plus grande rigueur dans l'interdiction ou le contrôle de certains produits, et parallèlement elles jouent à rendre aux individus des libertés que l'État soi-disant interventionniste leur avait ôtées. Or ces libertés ne sont pas celles de se soigner ou de se droguer, mais celles d'employer n'importe quoi pour vivre mieux<sup>50</sup>. Dans le contexte esquissé dans cet article, ceci suppose d'accepter l'hégémonie des médicaments dans les soins de santé, et en conséquence d'accepter officiellement la validité de l'automédication. Mais ce principe va contre le vieil accord entre l'État et la corporation médicale selon

lequel celle-ci assume le monopole sur ce terrain et assure ainsi son hégémonie, et nul État n'est en conditions d'assumer les coûts politiques du démantèlement de la structure corporative et institutionnelle du système de santé construite sur cette idée. De telles contradictions ne peuvent être «résolues» qu'en présentant ces divers problèmes comme tout à fait distincts.

D'abord, le «problème de la drogue» tel qu'il se formule est utile pour l'État, dans la mesure où il permet de justifier des politiques de contrôle social, aux limites de la transgression des textes constitutionnels des différents pays, sur certaines catégories marginalisées de la population, où il permet d'avancer dans des politiques d'institutionnalisation policière et de contrôle touchant l'ensemble des citoyens (en profitant des recours informatiques), voire une militarisation du problème<sup>51</sup>.

Alors que ces politiques se profilent, un nombre croissant de professionnels travaillant au sein des programmes de prévention, de traitement et de réhabilitation constatent qu'elles ne sont pas seulement inutiles mais qu'elles empirent encore la situation. Or, les responsables des politiques répressives sont inévitablement obligés d'établir des accords avec les professions socio-sanitaires chargées de la gestion quotidienne de ces problèmes<sup>52</sup>. Cette nécessité justifie l'ambivalence qui se manifeste parmi les professionnels, par exemple à travers l'usage qu'ils font encore du «syndrome amotivationnel»: la «maladie» qui permet de légitimer scientifiquement l'interdiction. Ce syndrome est associé à l'usage des dérivés du *cannabis* et se caractériserait cliniquement par de l'apathie, par l'attribution d'une plus grande importance au présent qu'au futur, par l'infantilisme et la débauche, par l'hégémonie de la fantaisie sur la réalité, c'est-à-dire par des traits qui s'opposent à l'image dominante du citoyen dans nos sociétés. Ce syndrome montre les limites du modèle: il pourrait vraisemblablement s'appliquer à l'anxieux qui s'adonne aux benzodiazépines mais difficilement à la consommatrice d'anorexigènes, qui elle, du fait de son état, a besoin de stimulants. Ces modèles permettent de faire passer des opinions pour des vérités scientifiques et de les amplifier par le moyen des médias, de stigmatiser certains collectifs de jeunes, d'escamoter les usages qui contestent les idéologies dominantes et de déplacer le problème pour ne pas affronter ses dimensions les plus évidentes: l'usage

massif de benzodiazépines de la part des honnêtes citoyens ou le processus d'alcoolisation auxquels sont confrontés tous les pays développés (Menéndez 1978, Romani 1982).

Ces raisonnements simplistes permettent également la légitimation des politiques répressives devant l'opinion publique et la justification des budgets policiers ou militaires par l'emploi systématique des médias. Ces processus aboutissent à la marginalisation d'individus appartenant à toutes les classes sociales mais surtout aux secteurs les plus démunis, ceux qui ont fait précisément les frais des politiques de redressement économique mises en place pour faire face à la crise énergétique des années soixante-dix (Funes et Romani 1985 : 29-37).

Pour ce qui est de la rationalisation de l'usage des médicaments, l'autre volet auquel nous faisons référence, le cadre est moins virulent mais significatif. Les mesures de rationalisation visent à empêcher les médecins de prescrire aussi librement qu'avant les médicaments remboursés, en diminuant leur nombre par la politique dite des «génériques», qui bénéficie surtout aux multinationales de la pharmacie, principales productrices de benzodiazépines. Ces politiques ne font que renforcer le modèle de pratique médicale que nous avons décrit précédemment et n'empêchent pas le développement et l'expansion de la consommation légale de tranquillisants<sup>53</sup>.

La politique des «génériques» a des retombées importantes : d'une part elle pourrait représenter une forte crise pour les apothicaires, qui en Europe dépendent de 70 à 80 % de la vente de produits remboursés, de l'autre elle signifie une forte crise pour les industries pharmaceutiques nationales qui vendent des produits fabriqués sous licence et qui ne peuvent maintenir des politiques de R&D car elles ne disposent pas des ressources financières nécessaires. Maintenir ces deux secteurs suppose paradoxalement le fait de développer l'automedication en favorisant la vente de substances pharmacologiquement actives sans prescription et à prix libre<sup>54</sup>.

Ces changements ne représentent aucune rupture par rapport aux périodes précédentes. Ils ne contestent pas les rapports entre les professionnels, l'État et les citoyens mais révèlent de nouvelles contradictions dans la mesure où, aux politiques de protection sociale qui ne peuvent être pleinement démantelées à cause des

coûts politiques s'ajoutent des politiques de dévolution aux citoyens de responsabilités liées à leur santé et à leur corps, responsabilités qui ne sont autorisées qu'à ceux qui apparaissent comme les nouveaux triomphateurs.

## CONCLUSIONS

Après que les drogués les plus marginalisés aient été exclus, que la position des médecins dans le modèle hospitalier ait été renforcée, que les crédits pour la prévention aient été réduits et que l'éducation à la santé ait été limitée à une rhétorique officielle pour soutenir ceux qui, avec plus de volonté que de pouvoir, y croyaient encore, les pays occidentaux ont substitué à la maladie la santé comme concept central de leur discours.

Cette rhétorique se manifeste dans les pays occidentaux par le développement d'une conscience collective en rapport avec la protection du milieu en général mais elle ne se traduit pas nécessairement par la définition de politiques étatiques spécifiques. Elle n'entend pas placer les priorités dans la prévention ou l'éducation à la santé, en bonne partie parce que le modèle médical dominant ne s'y intéresse pas. En revanche, des politiques sectorielles se définissent : une politique policière destinée à «prévenir» l'usage des drogues, fondée sur l'interdiction et la répression et une mise à la disposition de la population d'un dispositif de *soins de maladie* très technique et institutionnalisé, centré essentiellement sur les maladies aiguës et laissant de côté les maladies chroniques; une non-politique, en quelque sorte, prônant une libéralisation à peu près complète de la responsabilité des citoyens par rapport à leur santé, autrement dit une politique de privatisation de la santé<sup>55</sup>. Dans ce cadre-là, le rôle de ce qu'on pourrait appeler «l'automedication responsable» se révèle central.

Aux raisons économiques de ce transfert de responsabilités, il faut ajouter des raisons qui renvoient à l'incapacité du modèle hospitalier devant des problématiques dont la solution exigerait une profonde remise en question. Le traitement et la prévention des drogodépendances en est une, mais la médicalisation d'autres problèmes comme l'obésité, l'anorexie, les problèmes alimentaires et nutritionnels en général, le syndrome prémenstruel et la plupart des pathologies

psychofonctionnelles sont autant d'exemples face auxquels l'appareil médico-institutionnel échoue et doit se limiter à légitimer des «styles de vie» sains qui ne traduisent que les valeurs dominantes dans nos sociétés (Waitzkin 1989)<sup>56</sup>. Ceci contribue à développer un secteur privé d'intervention, fondé sur des techniques *soft* destinées essentiellement à améliorer la performance et la qualité de la vie, dans la mesure où ces services peuvent être payés par les intéressés. Pas question de charger les budgets de la Sécurité Sociale avec ces caprices de riche<sup>57</sup>...

L'«automédication responsable» est un des piliers de ces politiques. Elle se fonde sur la privatisation des soins, sur la conviction qu'il s'agit de produits sûrs<sup>58</sup>, à peu près inutiles, dont la vente repose sur une stratégie de *marketing* utilisant les retombées symboliques que leur confère leur condition de produits «pharmaceutiques» et leur association avec le rôle attribué au médicament. Le paradoxe, une fois de plus, est que ces produits ne peuvent être vendus comme des médicaments «thérapeutiques» dans la mesure où ceux-ci sont attribués aux médecins, qui exercent ainsi un contrôle sur les drogues illicites. Par conséquent, l'usage de ces produits fait partie d'un jeu relié à une idée de santé et de joie, qui favorise également l'emploi des substances enivrantes...

Inévitablement, ce genre de politique entraîne un développement massif de la consommation de produits parapharmaceutiques ou pharmaceutiques, dans la mesure où leur usage est fortement renforcé par les médecins qui les légitiment génériquement et par le pharmacien qui les recommande<sup>59</sup>. Dans ces conditions, une politique de restriction de l'usage de drogues et de médicaments ne peut être qu'absurde puisque par ailleurs les conditions qui favorisent leur consommation sont réunies, à cause du rôle qu'ils jouent actuellement sur le plan corporatif, sur le plan économique, du point de vue des possibilités de manipulation idéologique et surtout de leur usage comme instruments d'intégration ou de ségrégation sociale.

La ligne de démarcation se place probablement entre ces deux dernières catégories. En fait, le concept de *haut risque* est un marqueur de ségrégation sociale, et constitue le lieu à partir duquel sont définies les priorités. Les usages intégrateurs des drogues et des médicaments, qui incorporent les benzodiazépines des ménagères, la cocaïne des *yuppies* de Wall Street et de

la *jet-society* ou les *potions magiques* des sportifs (ou d'Astérix le Gaulois) sont tantôt acceptés, tantôt dissimulés ou niés, tandis que le concept de haut risque articule non seulement les politiques d'ordre public mais aussi celles de la santé. Ce concept permet la construction d'un système de classement de la population à surveiller et à traiter qui constitue le fondement de l'existence et de la reproduction des modèles médical et policier dominants. Or ce concept de haut risque, qui paraissait à l'origine destiné à n'identifier que des marginaux, est en train d'élargir son terrain d'attribution dans la mesure où il justifie le nombre croissant des professionnels qui s'en occupent. De nombreux indices manifestent que des groupes sociaux très larges sont perçus et gérés comme étant «à haut risque», bien que l'action institutionnelle exercée sur eux soit présentée comme une tentative de réduire les inégalités.

Dans ce sens, le «problème de la drogue» est paradigmatique : instrument de marginalisation, mécanisme de contrôle social, et paravent permettant d'occulter la problématique de l'usage et de la signification des drogues légales, il a contribué en même temps à un certain degré d'intégration sociale en offrant de nouvelles façons de gérer le conflit qui ont été depuis appliquées à d'autres situations, comme c'est le cas du SIDA (Romaní 1990).

Face à cette situation, on peut se demander, pour conclure, si ces processus sont réversibles ou irréversibles, et si l'hégémonie du médicament et de la drogue dans notre société peut être remplacée ou éliminée. Nous sommes plutôt sceptiques à ce sujet, et considérons au contraire qu'une issue plus ou moins acceptable et pragmatique par rapport aux problèmes posés consisterait peut-être à considérer la pharmacie comme le point de vente de l'«automédication responsable» et des substances pharmacologiquement actives aujourd'hui interdites.

## NOTES

1. Cet article est le résultat d'une collaboration entre les auteurs issue de la recherche sur l'usage des drogues illicites (Romaní 1982, Romaní, Espinal et Rovira 1990), et d'une recherche sur l'automédication dans les sociétés contemporaines (Comelles et Paris 1984, Comelles, Paris *et alii* 1985; Comelles 1989,

- 1990). Nos remerciements à Nuria Espinal, à Joan Rovira, à Domenech Comas, au G.I.D. de Madrid et à Serra Paris ainsi qu'aux participants au colloque de Neuchâtel (1990) pour leurs commentaires.
2. Voir entre autres à ce sujet Becker (1953), Keefer (éd.) (1965), Doess *et alii* (1967), Busching (1975), Holzman (1978), Comas (1985) et González *et alii* (1989).
  3. On peut analyser l'évolution du modèle bi-médical autour de trois étapes: une première période dont le modèle proposé est celui de la psychiatrie d'asile, l'enfermement, et qui dure jusqu'au *Traité de Vienne* en 1971. Une seconde étape, située entre 1971 et 1981, qui correspond au développement de politiques d'assistance exclusivement biomédicales, et une troisième étape dans laquelle s'incorporent à ces politiques des interprétations à caractère socioculturel. Les politiques suivies depuis 1971 se font dans une société dans laquelle le modèle juridico-répressif est hégémonique (Romani 1985).
  4. La littérature scientifique sur l'automédication est extrêmement limitée et dispersée. Pour cerner les termes du problème, il est intéressant de suivre les débats autour des différentes versions du *Pure Food and Drugs Act* (1906, 1937, 1965, etc...). À ce sujet, on peut trouver des pistes dans Keefer (1965) et surtout dans Escotado (1989, 2). Pour l'Europe, voir aussi Keefer (1965), mais surtout les résultats du *Working Party* du Conseil de l'Europe (1976). Peters (1990) nous signalait que l'histoire de ce document débuta en 1951. Les meilleures analyses théoriques sur l'automédication ont été réalisées par l'anthropologue argentin Eduardo L. Menéndez (1982 et surtout 1989).
  5. Dans cet article, nous allons distinguer entre le terme *usage*, qui fera référence à l'emploi de la substance, et celui de *consommation*, que nous réserverons à la transaction économique. Cette distinction est indispensable car la documentation sur l'automédication fait presque toujours référence à la consommation et non à l'usage.
- Ces deux concepts ont été employés de façon différente dans d'autres contextes.
- Nous allons aussi utiliser le terme *substances pharmacologiquement actives* (Peters 1990) car nous n'aimons pas limiter le cadre de notre analyse aux seuls psychotropes, comme le font pas mal d'auteurs. Nous estimons que la polarisation sur les psychotropes est surtout un artefact dérivé des représentations culturelles et de la position politique des chercheurs. Escotado (1989) lui-même, avec sa notion d'*ivresse*, limite trop son terrain et perd la perspective d'ensemble.
6. Notre point de vue se situe dans la perspective des pratiques: nous allons par conséquent laisser de côté les représentations culturelles de l'usage des *substances pharmacologiquement actives* pour rester sur le terrain des représentations sociales. De ce point de vue et pour cet article, nous placerons les substances à caractère hédonique ou rituel au même niveau que toute autre forme de pratique thérapeutique.
  7. L'image qui découle de la littérature prête à penser que l'automédication est un phénomène récent. La critique de cette position a été faite par Menéndez (1981, 1982). Il signale que c'est un artefact d'observation qui a présenté la gestion de la santé comme un fait médical et les pratiques non médicalisées comme des survivances du passé, comme pratiques à éliminer faute de sens. L'importance du rôle des non-professionnels (*lay referral system*) a été remarquée par Freidson (1960), mais un travail systématique n'a été entrepris par les sciences sociales que depuis 1970.
  8. Nous refusons l'idée d'un *processus d'automédication* «universel» et que tous les pays devraient suivre obligatoirement. Nous pensons que chaque État a un profil spécifique lié à des variables locales (voir Van der Geest et Reynolds 1989).
  9. Les contrôles de l'usage étaient plus difficiles à cause des obstacles constitutionnels qui reconnaissent l'aspect privé des domiciles et les libertés de la personne. C'est sans doute pour cela que le contrôle des usages tourne plutôt

- autour de la construction sociale de normes restrictives et de représentations négatives. Il s'agit au fond de chercher la complicité des réseaux sociaux pour parer certains usages. Sur le rôle des médecins comme transmetteurs de messages destinés à maintenir un ordre conventionnel, voir Waitzkin (1989).
10. Un des soucis des législateurs américains était précisément de concilier le *droit naturel* à l'*automédication* avec les contrôles juridiques et administratifs.
  11. La plupart des modèles sur les «drogues» distinguent les usages «traditionnels» (perçus comme plus «nobles») et les usages «modernes», où il est question d'industrie (Edward Arif 1981). Cette distinction cache la continuité entre les uns et les autres.
  12. Nous ne disposons pas d'une analyse d'ensemble sur cette période. Escotado (1989,1) propose quelques pistes assez confuses car il ne dispose pas d'une vision d'ensemble sur la crise du modèle professionnel pendant l'Empire Romain. Dans un autre texte (Comelles, Arnau, Daura et Martin 1990), nous proposons une interprétation contextuelle plus large.
  13. Pour les rapports entre sorcellerie et psychotropes, voir Escotado (1989, 1:356 et ss.) et Gagnon (1989). Lebigre (1989) a étudié l'*affaire des poisons* sous Louis XIV et mis en évidence les circuits de l'usage criminel des toxiques et le rôle de cet usage dans l'établissement des contrôles policiers et administratifs.
  14. Foucault (1979: 12) suggère que ceci suppose l'introduction de nouvelles formes d'éthique privée fondées sur la délégation aux familles de la responsabilité publique relative à la santé, laissant le reste aux mains des professionnels. En tout cas, la délégation se réfère à l'application de principes cautionnés par les médecins.
  15. Durant le XVIII<sup>e</sup> siècle, cette médicalisation s'appuya sur des livres de circulation courante (voir Foucault *et alii* 1979; Perdiguero 1989). Son impact augmenta avec les éditions bon marché. Du côté des médicaments, la place de la publicité dans la presse populaire fut un facteur essentiel (Jordi 1977, Goulet 1987, Cabal 1989).
  16. Les brevets en pharmacie apparaissent de façon timide vers le XV<sup>e</sup> siècle. Ils se développent dans l'Espagne de Philippe II (Jordi 1977) et en Angleterre (essor des *patent medicines* ou *proprietary medicines*).
  17. Nous réservons le terme médicament aux substances pharmacologiquement actives qui sont produites en série. Nous les distinguerons des *formules galéniques* préparées sans prescription médicale spécifique et individualisée.
  18. Les uns et les autres se différenciaient par leurs fondements idéologiques, car on retrouve aussi du galénisme chez les guérisseurs (voir Foster 1979). Les modèles de pratique étaient semblables, mises à part des différences relatives à l'esotérisme, mais les clientèles divergeaient.
  19. Si guérisseurs et shamans obtenaient leur charisme à partir de rituels d'initiation, le médecin le faisait à partir d'une carrière non exempte d'éléments ésotériques.
  20. Toute une hagiographie médicale, qui fait l'objet de romans et de films, représente le médecin de campagne comme un personnage qui enseigne et lutte pour imposer sa science, mais qui apprend aussi de guérisseurs et de grand-mères particulièrement douées en connaissances empiriques.
  21. Escotado (1989,2) propose une excellente synthèse concernant l'opium et ses alcaloïdes. Il signale le rôle primordial des solutions d'opium comme la thériaque, le laudanum et la poudre de Dover, ainsi que son rôle dans le développement de la médecine et de la chirurgie du XIX<sup>e</sup> siècle.
  22. Sur le rôle de l'alcool dans le système productif, voir Menéndez (1984), Sierra (1987), Cuche (1989) ou Bouard (1989, 1990).
  23. Sans doute le processus d'alcoolisation des femmes était-il plus subtil. Le cordial caractéristique était un petit verre d'alcool de mélisse qui éventuellement pouvait être utile aux enfants. Ceux-ci étaient habitués à cet usage thérapeutique de l'alcool.

24. La recherche sociale récente aux États-Unis démontre que la différence entre le coût du médecin et celui du médicament favorise l'automédication parmi les classes populaires et qu'elle constitue un des facteurs de retrait de la demande.
25. Le fameux modèle élaboré par Lewin (1970) provient pour une bonne part de cette situation. Lewin était un «produit» de la fin du siècle dernier. Il se basa sur son expérience immédiate, la dépendance des sanitaires, et sur une connaissance encyclopédique de l'usage des drogues dans les sociétés exotiques, qu'il contextualisa mal et tendit à idéaliser (Voir Comas 1986). L'oeuvre d'Escotado (1989) pêche par le même travers en acceptant la notion subjective d'ivresse et en ne rangeant pas ces conduites dans le cadre plus large des pratiques thérapeutiques.
26. Aux États-Unis, la corporation médicale est très divisée (Escotado 1989,2), tandis qu'en Europe (voir Yvorel 1990), les médecins occupent une position plus centrale dans la genèse du discours.
27. Voir à ce sujet Peset (1984) et Rothman (1971). La complexité croissante des processus industriels exige un contrôle majeur des tâches techniques, impossible en état d'ivresse ou de sédation, d'où la pénalisation des excès. Voir Bouard (1990) sur la répression de la consommation d'alcool dans les fabriques, ou le discours sur l'incapacité des «drogués» à maintenir leur travail (Yvorel 1989).
28. Nous n'avons pas de statistiques sur le volume de la demande en services médicaux, mais les études récentes sur ce sujet aux États-Unis montrent que le coût de la consultation et la distance par rapport au lieu de soin poussent à choisir l'alternative de l'automédication. Ces données correspondent à une période récente. Nous pouvons en inférer qu'au début de siècle, ces deux variables étaient des obstacles majeurs. Le tassement du nombre de médecins et l'existence d'un marché réduit supposaient un obstacle au développement corporatif.
29. Cette image est particulièrement présente chez Zola. Dans *La bête humaine*, le mécanicien de locomotive est stigmatisé par son ascendance alcoolique et apparaît comme un être débauché, dévoré par le sexe et la violence. Dans les deux versions cinématographiques du roman, celles de Renoir (1933) et de Lang (1952), ces dimensions sont très adoucies. Il faut remarquer que la loi britannique sur les horaires des *pubs* eut pour conséquence de limiter l'usage de l'alcool dans une économie de guerre. Pour la France, voir Bouard (1990).
30. Cet intérêt justifie les débats autour de la *Pure Food and Drugs Act* de 1906. L.A.Ph.A. proposa le terme *éthique* en 1919. Voir Hoge (1965: 834 et ss.), Sadusk (1965: 868).
31. Interdiction partielle car les opiacées continuent à être prescrits avec plus ou moins de contrôle.
32. C'est le cas bien connu des minorités orientales aux États-Unis en matière d'opium, mais aussi celui des Polonais et des Irlandais par rapport à l'alcool. En Europe, la référence principale est le discours sur la dégénérescence alcoolique.
33. En Espagne, ces produits devaient être prescrits avec des ordonnances spéciales: la *receta de tóxicos y estupefacientes* (ordonnance de toxiques et stupéfiants) qui n'a disparu que dans la dernière décennie.
34. Le droit inaliénable et constitutionnel à l'automédication apparaît comme une constante dans les débats américains (voir Weil 1965). Dans ces débats, surtout ceux de 1935-1938, les médecins étaient farouchement opposés aux libertés individuelles en prétextant des dangers graves pour la santé.
35. En Angleterre, un débat opposa les partisans de l'anesthésie-analgésie pendant l'accouchement à ceux qui invoquaient le principe biblique de l'accouchement dans la douleur. Il faut remarquer que les lois prohibitionnistes des États-Unis, particulièrement la loi Harrison, prétendaient implicitement contrôler l'usage que les sanitaires faisaient des opiacés (voir Escotado 1989,2). Les débats français sur le sujet sem-

- blent aller dans le même sens (Voir Yvoret 1989).
36. Pour un développement plus large de la transition entre le modèle classique et le modèle hospitalier, voir Menéndez (1978) et Comelles (1990).
  37. Cette transformation, qui aux États-Unis est caractérisée par l'influence du Flexner Report, est parallèle à des transformations profondes sur d'autres terrains de la gestion sociale. Pour le dispositif psychiatrique, voir Murard et Furquet (1975), Castel *et alii* (1979), et Comelles (1988), et pour le dispositif pénal, voir Cohen (1988).
  38. Pour nous, le modèle hospitalier est plus fonctionnel que le classique dans la perspective du discours médical dominant. Le modèle classique ne serait qu'une période de transition pour éliminer les soins profanes.
  39. En 1919, aux USA, à peu près 80 % de la consommation pharmaceutique correspondait à des produits de comptoir (Backman 1965).
  40. Il faut insister sur les caractéristiques dramatiques de l'expérience collective de la maladie (voir Herzlich et Pierret 1984). Même si les indicateurs de santé montrent une amélioration du niveau global de santé, et par exemple de la mortalité infantine, ils ne valent rien si «c'est mon fils qui meurt».
  41. En Espagne, par exemple, les patients qui vont à la Sécurité Sociale se divisent en deux groupes: ceux qui vont chercher les médicaments (parfois des années durant) et ceux qui consultent. Le pharmacien garde les prescriptions. Si l'usager a oublié les indications verbales du médecin, il lit et interprète à son aise le prospectus ou interroge le pharmacien. Souvent, un conciliabule final à la maison précède la décision de prendre ou d'abandonner le traitement.
  42. L'hagiographie des sulfamides peut être suivie dans Bovet (1988).
  43. D'où la relation entre fièvre et antibiotique pour la population. À remarquer que le traitement des infections virales nécessitait aussi des antibiotiques. Quel praticien ne prescrivait pas un antibiotique pour une rougeole? Les médecins rationalisaient ces «faiblesses» en argumentant que la rougeole laissait les gosses «sans défense».
  44. Dans un article publié dans le prestigieux *Lancet*, Cargill (1967) proposait de libéraliser la vente au comptoir des antibiotiques de large spectre comme certaines tétracyclines, des produits aujourd'hui largement mis en question.
  45. Associé souvent à l'emploi d'autres psychotropes comme le café ou l'alcool (voir Romani 1982: 228 ss.).
  46. La discrète somnolence pouvait être appréciée par des gens qui en plus du *stress* souffraient d'insomnie. Aussi les syndromes dépressifs qui ont l'insomnie comme constante pouvaient apparemment s'améliorer symptomatiquement avec ce genre de produits et pouvaient éviter l'usage des tricycliques ou des IMAOS dont les effets secondaires sont très marqués et dont la réponse thérapeutique est très lente.
  47. L'industrie répondit très vite à ces pratiques en offrant aux généralistes des combinaisons à dose fixe de tranquillisants et désinhibiteurs comme le sulpiride.
  48. Escotado (1989, 3) signale qu'avant 1975, le nombre d'addicts était de quelques centaines, essentiellement des morphinodépendants du deuxième ou du troisième âge.
  49. Vers 1960, les statistiques montraient par contre une très basse incidence de la consommation et de l'usage de stupéfiants ou de narcotiques (Escotado 1989, 2).
  50. L'attitude des industriels et des pharmaciens par rapport aux produits en vente libre consiste à affirmer leur innocuité et leur effet positif sur les conditions de vie. Ce modèle provient d'une synthèse des propos de l'industrie cosmétique traditionnelle et de leur adaptation au cadre idéologique de la pharmacie. Dans ce dernier cas, il peut s'élargir aux «troubles mineurs», les céphalées et la constipation, qui sont présentées non comme des maladies mais comme de petits accrocs de la vie quotidienne.
  51. Voir à ce sujet le programme Bush de lutte contre la drogue, qui constitue une réinvention

de la «politique de la canonnère» telle qu'elle fut appliquée en Chine ou en Amérique Latine depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. L'affaire du Panama en est un excellent exemple. Ce qui est surprenant, dans une certaine mesure, c'est l'attitude de certains gouvernements européens, et notamment du gouvernement italien, qui viennent de rendre illégal l'usage des drogues. Dans le cas italien, la contradiction est si évidente que cette politique entre en conflit avec le cadre de fonctionnement des services socio-sanitaires et de traitement des drogodépendances.

52. Un bon exemple de ces compromis est la *Conférence internationale sur l'abus et le trafic des drogues illicites* de Vienne (1988). La présence de toutes sortes d'experts de disciplines différentes produit un document qui n'est qu'un cumul de bonnes volontés, de limitation du terrain entre divers professionnels et d'incohérences théoriques.
53. Les médecins estiment que le problème se résout avec un bon apprentissage de l'usage des médicaments en pharmacologie clinique. Ils n'analysent pas les conditions dans lesquelles s'exerce la pratique médicale. Significativement, les benzodiazépines, ont toujours nécessité une prescription et pourtant ils occupent un bonne place dans l'automédication. En fait ils alimentent même un marché noir aux addicts de l'héroïne, qui sont souvent des polydrogués (voir Comas 1986, 1988 et Romani, Espinal et Rovira 1990).
54. Pour les États, la politique des génériques supposait aussi des contrôles sur les prix de vente de produits touchant directement leur budget. En Espagne, ces politiques ont conduit à une croissance des prix bien inférieure à l'indice des prix. Les marges de bénéfice des entreprises ont diminué. Pour ces dernières, le fait de passer aux produits à prix libre non remboursables constituait donc une solution intéressante.
55. La tendance prise par l'enregistrement de produits cosmétiques dans la CEE en donne un bon exemple. Il n'y a plus d'enregistrement, c'est-à-dire d'autorisation officielle de mise sur

le marché. L'État se limite à dire ce qui ne peut être dit, mais ne contrôle rien d'autre.

56. Ce rôle légitimateur bénéficie précisément du maintien du modèle hospitalier et de la fétichisation de la technologie qu'il représente. Le modèle hospitalier répond mal aux marginalités, malades terminaux, chroniques, psychotiques. Il offre des solutions partielles pour des problèmes d'image du corps: chirurgie plastique, *lifting*, analgésie par des moyens physiques, etc., qui comportent tous une énorme valeur ajoutée.
57. Ainsi les greffes se font dans les hôpitaux publics en Espagne, tandis que les FIVIT se font dans les hôpitaux privés. À côté d'eux, cliniques d'obésité, gymnases, saunas, *jacuzzi*, esthéticiens diplômés, opticiens prétendent améliorer la santé ou la qualité de la vie. Les médecins ne sont que les légitimateurs. Or, une partie de ces institutions de «santé» deviennent des espaces d'interaction entre égaux, en suivant le chemin tracé par les clubs sportifs d'élite du début de siècle, ou emploient des techniques de *self-help* apparues initialement pour le traitement de collectifs d'alcooliques (voir Castel *et alii* 1979, 1981).
58. Parmi eux, les salicylates, dont les effets secondaires sont bien connus.
59. En ce sens, l'implantation en Europe du «modèle californien» de santé physique a été suivi du développement d'un énorme marché sur le terrain alimentaire et pharmaceutique. La vente de diététiques se développe dans les pharmacies comme une nouvelle stratégie de marketing qui se fonde sur la présentation des aliments à faibles doses, presque homéopathiques, comme des médicaments...

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abarca, P., 1980, «*La fuerza de un mito, el control internacional de narcóticos*». *Revista Facultad de Derecho UCM* (Madrid) 58 : 143-175.
- Backman, Jules, 1965, «*Economics of proprietary drugs*». *Annals of New York Academy of Sciences* 120(2) : 877-899.

- Becker, Howard, 1953, «*Becoming a Marihuana User*». *Amer. J. Sociol.* pp : 235-242
- Bérout, Gérard, 1990, «Les guerres de l'opium dans la Chine du XIX<sup>e</sup> siècle». *Psychotropes* 6(3) : 59-72.
- Bouard, Isabelle, 1990, «L'alcool dans une communauté ouvrière de Bretagne». *Psychotropes* (à paraître)
- 1989, «L'alcool des poudriers» *Terrain*, octobre 54-62
- Busching, Bruce y Bromley, David, 1975, «*Sources of Non-Medicinal Drug Use*». *J. Health Soc. Behav.* 16(1)50-62.
- Buvet, Daniel, 1988, *Une chimie qui guérit*. Paris, Payot.
- Cabal, Melquíades, 1989, *La medicina de ayer a través de la publicidad*. Oviedo, Júcar.
- Cazgill, David, 1967, «*Self-Treatment as an alternative to rationing of Medical care*». *The Lancet* June 24,1377-78.
- Castel, Robert, 1981, *La gestion des risques*. Paris, Éds. de Minuit.
- Castel F. et Anne Lovell, 1979, *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama.
- Cesoni, Marialouisa et Christian-Nils Robert, 1990, «L'interdit désintégrant». *Psychotropes* 6(3) 17-30.
- Cicou, S., 1988, *Visiones de control social*. Barcelona, PPU.
- Comas, Domingo, —1988, *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 1986, «*Uso de drogas : del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*». *Jano* (Barcelone) 713 : 65-81.
- 1985, *El uso de drogas en la juventud*. Madrid, Ministerio de Cultura.
- Comelles, Josep Maria, 1990, «*La utopía del Centro Integral de salud*». *Dimensiones histórico-sociales de la salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (à paraître).
- 1989, «*El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias*». *Grupo interdisciplinar sobre drogas (à paraître)*
- 1988, *La razon y la sinrazon. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*. Barcelona, PPU.
- et Serra París, 1984, *Determinants socioculturales del uso y consumo doméstico de medicamentos*. Projet de recherche.
- ; Serra Paris et alii, 1985, *Determinantes socioculturales del uso y consumo de medicamentos*. Madrid, I Jornadas de Antropología social.
- ; Daura, A.; Arnau, M. y E. Martín, 1990, *Pius Hospital*. Valls, Fundació Hospital de Valls.
- Coulter, Harris L., 1973, *Divided Legacy : A History of Schism in Medical Thought*. Washington, Mac Grath Publ. C<sup>o</sup>.
- Cuche, Denys, 1989, «Alcoolisation, esprit de corps et acculturation de classe dans une grande école d'ingénieurs. Le cas de l'Ecole des Art et des Métiers, en France». *Psychotropes* 5(3) : 87-95.
- Debock, Chantal et Jean-Jacques Yvoret, 1990, «L'usage des psychotropes en France, les aspects contradictoires du "biopouvoir"». *Psychotropes* 6(3) 31-38
- Doess, Dale; Kabat, H. et alii, 1967, «*Drug Abuse programs*». *J. Amer. Pharmac. Assn.* NS7(9) : 478-484.
- Edwards y Arif, 1981, *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Genève, OMS.
- Escohotado, Antonio, 1989, *Historia de las drogas*, 3 vols. Madrid, Alianza.
- Ferguson, Anne, 1981, «*Commercial pharmaceutical medicine and medicalization : a case study from El Salvador*». *Culture Medicine and Psychiatry* 5 : 105-134.
- Freidson, Eliot, 1960, «*Client Control and Medical Behavior*». *Amer. J. Sociol* 65 : 377
- Foucault, Michel et alii, 1979, *Les machines à guérir*. Bruxelles, Atelier Pierre Madarga.

- Foster, George, 1979, «Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana». Dans : Kenny et De Miguel (éds.) *La Antropología Médica en España*. Barcelone, Anagrama, pp. 123-147.
- Funes, J. et O. Romani, 1985, *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias en los procesos de recuperación*. Madrid, D.G. de Acción Social y Cruz Roja Española.
- Gagnon; Hervé, 1989, «Culture populaire, Hallucinogènes et Société». *Psychotropes* 5(3) : 55-69.
- González, Carlos; Funes, J. González S.; Mayol, I. y O. Romani, 1989, *Repensar las drogas*. Barcelona, IGIA.
- Goody, Jack, 1979, *La raison graphique*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goulet, Serge, 1987, *Le commerce des maladies*. Québec.
- Greenwood, Davydd, 1984, «Medicina intervencionista vs. medicina naturalista : historia antropológica de una pugna ideológica». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* (Tarragone) 3 : 57-81.
- Heiman, Cecil, 1978, «Feed a cold, starve a fever». *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2(2) : 107-137.
- Herzlich, Claudine et Jeannine Pierret, 1984, *Malades d'Hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, Payot.
- Hoge, James, 1965, Legislative History of Home Remedies. *Annals N.Y. Acad. Sci.* 120(2) : 833-842.
- Holzman, Paula Y I. Faber, 1978, *Ethnic Differences in Factors Related to Drug Use*. *J. Health Soc. Behav.* 19 : 190-199.
- Jorri, Ramón, 1977, *Propaganda y medicamentos*. Barcelone, Base.
- Keeler, Chester S.(comp), 1965, «Home medication and Public Welfare». *Annals N.Y. Acad. Sci.* 120(2).
- Keller, Edgar, 1990, «Notes sur le changement de la position des produits psychoactifs traditionnels sous l'influence de nouveaux psychotropes : Laboya, Sumba Ouest, Indonésie orientale». *Communication au colloque de Neuchâtel* (pas encore publiée).
- Laín Entralgo, 1984, *La relación médico-enfermo*. Madrid, Alianza.
- Lamo de Espinosa, 1989, *Delitos sin victima. Orden social y ambivalencia moral*. Madrid, Alianza.
- Lebigre, Arlette, 1989, *L'affaire des poisons*. Bruxelles, Éds. Complexe.
- Lewin, L., 1970, *Phantastica*. Paris, Payot.
- Melville, Arabella y C. Johnson, 1984 *Peligro Mortal*. Barcelone, Planeta.
- Menéndez, Eduardo L., 1989, «La automedicación como nivel primario de la atención». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* (Tarragone) 7 (à paraître).
- 1984, «El modelo médico hegemónico : transacciones y alternativas». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* (Tarragone) 3 : 85-119.
- 1982, *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina «popular»*. México, Cuadernos de la Casa Chata.
- 1978, «El modelo médico y la salud de los trabajadores». Dans : Basaglia et alii : *La salud de los trabajadores*. Mexico, Nueva Imagen.
- Murard, L y P.Furquet, 1965, *Histoire de la Psychiatrie de Secteur*. Paris, Recherches.
- Musto, D.A., 1972, *The american disease : Origins of narcotic Control*. New Haven, Yale University Press.
- Perdiguerro, Enrique, 1989, *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*. Thèse de Doctorat. Alicante, Universitat d'Alacant.
- Peset, J.L., 1984 *Ciencia y marginación : negros, locos y criminales*. Barcelone, Critica.
- Peters, Georges, 1990, «Psychotropes, "drogues" et société». *Psychotropes* 6(3) 9-16
- Romani, Oriol, 1990, «Entre los vericuetos del poder y las chanzas del saber : las relaciones

- marginación-drogas». *Abaco (Asturies)* (à paraître).
- 1989, «Re-pensar les drogues. Un treball interdisciplinari». Dans : *Jornada sobre la reinserció* Vilanova i la Geltrú, Mancomunitat Municipal Penedes-Garraf (à paraître).
- 1985, «La introducción de la droga en la cultura juvenil». *Revista de Juventud* (Barcelone).
- 1982, *Una història cultural del «haix» a Barcelona (1960-1980)*. Thèse de Doctorat. Barcelone, Universitat de Barcelona.
- Espinal, N et J. Rovira, 1990, *Programa de presa de contacte amb drogodepenents d'alt risc*. Barcelone et Tarragone, Ajuntament de Barcelona et Area d'Antropologia Social de Tarragona.
- Rochman, David, 1971, *The Discovery of Asylum*. Boston, Little Brown.
- Sadusk, Joseph, 1965, «Regulatory and Medical Aspects of Public Policy on Home Remedies». *Annals N.Y. Academy Sci.* 120(2) : 868-871.
- Van der Geest, S. Y S. Reynolds (comps), 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries*. Dordrecht, D. Reidel Publ. Co.
- Waitzkin, Howard, 1989, «A Critical Theory of Medical Discourse : Ideology, Social Control and the Processing of Social Context in Medical Encounters». *J. Health Social Behavior* 30(2) : 220-239
- Weil, Gilbert, 1965, «The Natural Right of Self-medication». *Annals N.Y. Acad. Sci.* 120(2) : 985-989.
- Working Party. Council of Europe 1975, 1976, «Abuse of Medicines». *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 10 : 17-33
- Yvorel, Jean-Jacques, 1989, «L'État et les "paradis artificiels" en France de 1880 à 1916». *Psychotropes* 5(3) : 71-85.

### SOMMAIRE

Les auteurs proposent une analyse d'ensemble sur le rôle que jouent les psychotropes par rapport au processus d'automédication et dans les processus de marginalisation sociale dans les sociétés développées. Se basant sur des données historiques et ethnographiques concernant l'usage social de certaines familles de produits-cibles, opiacés, vins médicinaux, barbituriques, amphétamines, benzodiazépines, les auteurs proposent une analyse des variables qui interviennent dans la configuration des images culturelles de ces substances, et notamment le rôle des professionnels et des institutions, ainsi que leurs dimensions politiques et idéologiques.

### ABSTRACT

The authors present an analysis of the role played by the psychoactive drugs in relation to automedication and the process of social marginalization found in advanced societies. From historical and ethnographical data on the social use of certain groups of products (opiates, medicinal wines, barbiturates, amphetamines and benzodiazepines), the authors analyze the variables acting on the different cultural views of the substances, namely the role played by professionals and institutions, as well as their political and ideological dimension.

### SUMARIO

Los autores proponen un análisis de conjunto sobre el papel que juegan las drogas psicoactivas en el proceso de auto-medicación y en el proceso de marginalización social en las sociedades desarrolladas. Basándose en datos históricos y etnográficos con respecto a la utilización social de ciertas familias de productos (opiacos, vinos medicinales, barbitúricos, anfetaminas y benzodiazepinas), el autor analiza las variables que intervienen en la configuración de las imágenes culturales de estas sustancias, y principalmente el rol de los profesionales y de las instituciones, así como sus dimensiones políticas e ideológicas.