

Pr Nicolas Simon*, Dr Bernard Basset**

* Consultations d'addictologie, CAP-TV, Service de pharmacologie clinique, Hôpital Sainte-Marguerite, APHM, F-13274 Marseille. UMR 912 INSERM, IRD, SESSTIM, Aix-Marseille Université, Marseille. Courriel : Nicolas.SIMON@ap-hm.fr

** Médecin spécialiste en santé publique, Paris, France

Reçu janvier 2018, accepté octobre 2018

Vivons-nous dans une société addictogène ?

Résumé

La notion de société addictogène a été proposée par certains addictologues pour décrire voire expliquer la modification des conduites addictives dans notre société contemporaine, faite de rapidité et d'une offre de consommation qui est en perpétuel mouvement. Cependant, quel que soit l'intérêt en termes de communication de cette hypothèse, les preuves pour la soutenir manquent cruellement. Il est en particulier difficile d'affirmer que le niveau global d'addiction aujourd'hui est supérieur à celui des sociétés du passé marquées par une très forte consommation de produits addictifs "classiques" (tabac, alcool), ou que le pouvoir addictogène des produits actuels est globalement supérieur à ceux d'autrefois, et de s'inscrire dans les cadres de référence internationaux (Organisation mondiale de la santé, sociétés savantes). Les données de surveillance et d'analyse ne manquent pourtant pas, à l'étranger comme en France, qui pourraient venir à l'appui de cette thèse de la société addictogène, mais elles ne sont pas convoquées par ses promoteurs pour la soutenir. C'est pourquoi, faute de faits établis scientifiquement, la société addictogène apparaît pour l'instant comme une nébuleuse dont la validité reste à démontrer.

Mots-clés

Société addictogène – Organisation mondiale de la santé – Rapidité – Hyperchoix.

Les évolutions scientifiques et surtout technologiques survenues dans les dernières décennies ont bouleversé nos modes de vie, qu'il s'agisse de la société elle-même, son organisation, l'évolution des idées, l'urbanisation et les banlieues..., de notre quotidien (consommation, déplacements, information, loisirs...), mais aussi de notre relation à autrui et au temps par un accès facile et immédiat (messagerie, SMS, réseaux sociaux...). Les philosophes, les sociologues, les chercheurs en sciences humaines et sociales cherchent à caractériser cet univers fait de rapidité,

Summary

Do we live in an addictogenic society?

Some addictologists coined the concept of an addictogenic society to describe and even explain the modifications of certain behaviours in today's society. These behaviours are comprised of rapid and constantly moving offers of consumption. However, regardless of the interest this hypothesis holds for communication purposes, supporting proofs of its existence are sorely lacking. It is especially difficult to state that the overall levels of addiction are currently greater than those in previous societies which were marked by a significant consumption of "classical" addictive substances (tobacco, alcohol). It is also difficult to affirm that the addictogenic power of current substances is globally superior to previous ones, and that this could fit into international frameworks (World Health Organization, professional societies). Analysis and longitudinal data are abundant, in France and abroad, that could support the hypothesis of an addictogenic society. However, they are not used by its promoters to validate it. Thus, in the absence of scientific evidence, an addictogenic society remains a fuzzy concept that remains to be proven.

Key words

Addictogenic society – World Health Organization – Rapidity – Hyperchoice.

voire d'instantanéité, et d'une offre de consommation qui semble illimitée et en perpétuel renouvellement. À travers leur prisme de lecture, certains addictologues ont avancé la notion de société addictive ou addictogène qui résulterait de l'évolution des relations sociales. Ainsi, Couteron (1) affirme que notre société a subi une transformation du lien social vers un individualisme qui laisse peu de place aux anciennes formes de convivialité. Ses autres caractéristiques sont la consommation qui ouvre sur l'"hyperchoix", le désir d'immédiateté et d'instantanéité, le culte de la performance et de l'amé-

lioration de soi. Notre société aurait évolué dans un sens défavorable et provoquerait un accroissement des comportements addictifs. Que peut-on en penser ? Aborder les addictions sous cet angle permet-il de faire progresser la santé publique ? En quoi ce postulat permet-il de mieux prévenir le recours à ces comportements et aider les personnes qui en sont devenues dépendantes ?

Cette idée de société addictogène, pour séduisante qu'elle soit sur le plan de la communication, repose davantage sur l'affirmation d'une hypothèse que sur une argumentation ou une démonstration scientifique qui permettraient d'en évaluer la réalité ou la pertinence. Une opinion personnelle, plus ou moins partagée par un ensemble d'individus, n'a jamais constitué un fait démontré. Il est essentiel de toujours faire la distinction entre une opinion, fût-elle répétée avec insistance et charisme, et un fait social. Or, dans la proposition qui nous est faite d'une société addictogène, ce qui manque justement, c'est la preuve. Les défenseurs de ce postulat peuvent continuer de le diffuser, de le théoriser, mais sans démonstration, il ne restera toujours qu'une opinion. C'est pourquoi les esprits sceptiques devant cette thèse, dont les auteurs font partie, en sont réduits à reconstituer le raisonnement plus ou moins explicite de ses partisans pour la discuter, mais la charge de la preuve incombe à ceux qui affirment et non aux sceptiques qui attendent une démonstration.

Il paraît indispensable de débiter la discussion de la pertinence du postulat de société addictogène à partir des notions qui se sont précisées et qui font aujourd'hui consensus en matière d'addictologie. Ainsi, le chapitre sur les troubles liés aux substances et aux addictions du manuel édité par l'American Psychiatric Association (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition* – DSM-5) précise 11 critères bien définis dont la présence, sur une période de 12 mois, de deux ou trois définit une addiction faible, de quatre à cinq une addiction modérée et de six ou plus d'une addiction sévère (2). Parmi ces critères, on peut citer : l'existence d'un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ; un *craving* ou une envie intense de consommer la substance ; une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ; le développement d'une tolérance ; l'existence d'un syndrome de sevrage. Ces deux derniers critères sont plus particulièrement rattachés à une dépendance physiologique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10), utilise six critères pour le diagnostic de syndrome de dépendance (3). Au moins trois critères doivent habituellement avoir été présents en même temps au cours de la dernière année parmi : le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; la difficulté à contrôler l'utilisation de la substance ; le syndrome de sevrage ; le développement d'une tolérance ; l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt ; la poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives.

Toujours selon l'OMS, l'"abus de substances" est défini comme un "*mode d'utilisation inadéquat caractérisé par une utilisation continue par un sujet qui a conscience de souffrir d'un problème persistant ou récurrent d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique, causé ou exacerbé par une utilisation, qui peut être récurrente, dans des conditions présentant un danger physique*" (4). Et enfin, une "utilisation nocive pour la santé" est précisée comme un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé, les complications pouvant être physiques ou psychiques (4).

Caractériser une société addictogène

Par rapport à ces repères reconnus et utilisés internationalement, la caractérisation d'une société addictogène pourrait résulter de la réponse positive à deux questions évidemment liées :

- L'incitation à consommer des produits psychoactifs ou à avoir des activités addictives (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo) est-elle plus forte qu'autrefois ?
- Le nombre de consommateurs et de personnes souffrant d'addiction et/ou de dommages induits par les comportements de consommation est-il plus élevé qu'autrefois ?

La réponse à ces questions impose plusieurs étapes qui concernent une définition clinique des personnes souffrant d'addiction (et les comportements d'usage excessif), afin d'en estimer la prévalence dans la population et la quantification de l'incitation sociétale à leur consommation ou aux activités addictives.

Les conduites addictives sont un champ relativement récent pour la science, puisqu'elles n'ont été individua-

lisées qu'à partir de la 3^e édition du DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 1980) et que la définition n'en a été donnée par Goodman qu'en 1990. Depuis Goodman, tous les addictologues s'accordent au moins sur ce point qu'une addiction se caractérise par une perte de contrôle d'un comportement et l'envie irrésistible de renouveler une expérience à la recherche d'un plaisir et/ou du soulagement d'un malaise, et ce, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Dorénavant, des outils comme ceux déjà évoqués, la CIM-10 et/ou le DSM-5, sont couramment utilisés par les scientifiques pour obtenir une homogénéité de leurs diagnostics d'addiction. La présence plus ou moins importante de signes cliniques parmi une liste définie permet non seulement de poser un diagnostic, mais également d'en quantifier la sévérité. Ils sont utilisables pour les addictions avec (tabac, alcool, cocaïne, etc.) ou sans substance (jeux de hasard et d'argent, cyberaddiction...). Ainsi définies cliniquement, les addictions entrent dans le cadre d'une maladie neurobiologique, chronique, avec des rechutes (5, 6). Cela permet d'évaluer le nombre de personnes en grande difficulté, et les organismes scientifiques (OFDT, INSERM en France) évaluent régulièrement, sur des bases et des méthodes éprouvées, le nombre de personnes concernées et leur évolution dans le temps. Il est donc possible méthodologiquement d'additionner les personnes souffrant d'addictions différentes (tabac, alcool, opiacés, jeux...), en tenant compte de celles qui ont des polyconsommations (qui pourraient ainsi être comptées plusieurs fois), pour avoir un indicateur synthétique permettant de constater une éventuelle évolution à la hausse qui soutiendrait la thèse d'une société addictogène. Cette partie de la démonstration reste à faire par les tenants de la thèse d'une société addictogène.

Ils pourraient également arguer que cette définition d'une entité clinique ne recouvre pas tous les usages. Dans cette comptabilité, il ne faudrait donc pas se limiter aux seuls addicts, mais également prendre en compte les usagers à risque et/ou abusifs. Il est clair que fumer un joint comme boire un verre d'alcool occasionnellement ne peut être considéré comme une addiction au sens de pathologie. Pourtant, on peut effectivement considérer que c'est déjà une participation à l'univers des consommations de produits addictifs et à la recherche de leurs effets, même si la proportion de personnes souffrant d'une addiction au cannabis est faible par rapport à d'autres drogues (le tabac par exemple). Nous savons également, depuis les travaux de Lederman (7)

sur l'alcool, qu'il existe une corrélation entre le nombre de buveurs dans la population générale, le nombre de buveurs excessifs et le nombre d'individus ayant une addiction à l'alcool (alcoolodépendance). Cette corrélation vaut aujourd'hui pour l'usage du cannabis.

De manière générale, il existe un lien entre le niveau de consommation de la population générale et le nombre de personnes souffrant d'addiction. La force de ce lien, ou pouvoir addictogène, dépend pour une part du produit et de ses caractéristiques. Elle peut être très forte (pratiquement tous les fumeurs de tabac et usagers d'héroïne sont dépendants), forte (alcool) ou assez faible (cannabis). Il n'en reste pas moins que, plus il y a de consommateurs, plus il y a de personnes souffrant d'addiction (effets conjugués des facteurs de vulnérabilité et des facteurs environnementaux). L'ancienneté des données sur les deux principaux produits addictifs que sont l'alcool et le tabac permettraient, là encore, aux tenants de la société addictogène de soutenir leur thèse sur une éventuelle hausse de la consommation de ces produits et donc de l'exposition au risque d'addiction (au sens clinique du terme). Or à ce jour, cette démonstration reste également à faire.

La société addictogène pourrait également recouvrir une plus grande pression de l'environnement à consommer des produits addictifs. Le rôle de l'environnement général dans le niveau de consommation globale est bien connu et a fait l'objet de nombreuses études, qu'il s'agisse de la promotion des produits et de l'incitation à les consommer (publicité et marketing des produits licites), du prix ou de l'accessibilité (réseaux de distribution légaux et illégaux) et aussi des facteurs socio-économiques. On peut considérer que le niveau de consommation des différents produits ou des jeux est un bon reflet de la pression environnementale. La publicité, le marketing et l'offre ont fait l'objet de nombreux travaux spécifiques relatifs à leur influence sur le niveau de consommation (8). Cependant, aucun de ces éléments d'information n'est convoqué à l'appui de la thèse de la société addictogène. Ils sont pourtant l'objet de confrontation régulière entre le secteur économique, qui soutient la liberté du commerce, et les acteurs de santé publique, qui demandent un encadrement de l'offre de produits dangereux pour la santé. Le concept d'"hyperchoix" ne paraît pas en rupture avec la notion classique d'augmentation ou de diversification de l'offre.

Une autre hypothèse pourrait être que de nouvelles conduites addictives s'ajoutent ou remplacent les an-

ciennes. Ce serait en particulier le cas du cannabis, ou du développement industriel des jeux de hasard et/ou d'argent et des jeux vidéo, et des médicaments détournés de leur usage, benzodiazépines et antalgiques opiacés notamment. L'utilisation intensive, voire excessive, des écrans en tous genres est incriminée dans le surgissement de la société addictogène. Pour autant, il paraît important de clarifier également ce sujet. Tout d'abord, il ne paraît pas pertinent de parler d'addiction aux écrans (terme souvent employé), car ce n'est pas le support qui est en cause, mais le contenu (jeux vidéo ou jeux de hasard et/ou d'argent), pour lequel les publicitaires abusent souvent du terme addictif comme argument de vente ("Joue un peu 2 min et tu sauras pourquoi tout le monde est accro" publicité pour *Vikings: war of clans*®, ou le Top 10 des jeux les plus addictifs sur YouTube). Alors, addictifs ou pas les jeux en ligne ou les jeux vidéo ? Parfois, certainement, quand précisément la personne perd le contrôle et que cette activité envahit et structure toute sa vie, et qu'il lui est douloureux de s'en passer. Selon l'OFDT, en 2012, la prévalence des jeux en ligne en France était de 3,7 % de la population de plus de 18 ans. Les joueurs excessifs représentaient 6,6 % des joueurs ayant déclaré avoir joué en ligne au cours des 12 derniers mois. Les addictions aux jeux concerneraient au pire autour de 5 % des utilisateurs, soit comme nous le savons intuitivement une petite minorité, qui relève naturellement d'une aide appropriée. La grande majorité passera d'un jeu à l'autre, et de ce plaisir à un autre, sans pour autant perdre le contrôle.

Car l'intensité d'une pratique ne suffit pas à la définir comme addictive. Il faut par ailleurs exclure ce qui relève de l'ordre de la passion, consubstantielle à l'espèce humaine, qui, nous le savons d'expérience, ne dure pas, et qu'il serait abusif de ranger dans le champ des addictions. De même pour les amateurs de hobbies, ou les collectionneurs en tous genres. Ainsi l'excès, pas plus que l'intensité, ne suffit pas non plus à définir une addiction.

Si l'intensité d'une pratique ne suffit pas à la définir comme addictive, la rapidité du renouvellement de l'expérience non plus. Ce n'est pas parce que les objets sont hyperperformants que l'utilisateur en devient dépendant (par ailleurs, la performance recouvre deux aspects, la rapidité d'exécution, mais aussi la sophistication, ou le nombre de fonctionnalités, qui sont de moins en moins utilisées au fur et à mesure que leur nombre augmente). Nous préférons naturellement un objet

qui nous donne un résultat fiable et rapide plutôt que d'attendre un résultat incertain, et cette exigence paraît assez légitime sans être synonyme d'addiction.

Le changement technologique de notre environnement ne conduit donc pas systématiquement les individus à sombrer dans une addiction.

La société addictogène pourrait découler également, semble-t-il, de l'idéologie de la responsabilité et de l'initiative individuelle, de la pression sur la performance dans tous les secteurs de la vie, qui conduiraient à l'accroissement des comportements addictifs. La faiblesse de cet argument est que rien ne permet de le démontrer. En effet, si le stress est important à certains postes ou dans certaines activités, ce n'est pas le cas de tous les salariés, et encore moins pour la population des sans-emplois qui font face à bien d'autres difficultés (dont aussi celle de porter la responsabilité de leur "échec"). Une variante de cette hypothèse est avancée par le sociologue Ehrenberg, selon laquelle notre rapport aux drogues "*se modifie, c'est-à-dire que les drogues ont tendance plutôt à devenir des moyens de masse permettant d'alléger le poids que nous devenons pour nous-mêmes*" et que "*La drogue sert désormais sans doute moins à s'évader de la réalité qu'à mieux s'y adapter*" (9). L'Histoire nous rappelle que la consommation de produits addictifs pour supporter les conditions de travail (i.e. s'adapter à la réalité) n'est pas nouvelle. En attestent les consommations d'alcool porteuses de dommages sociaux pour supporter la dureté de la condition ouvrière lors de la révolution industrielle, ou, sur un autre continent, la consommation de feuilles de coca par les mineurs des Andes. Dans un environnement qui a fortement évolué depuis un demi-siècle, les modalités d'adaptation n'ont pu que se modifier, en particulier quant à l'utilisation de produits nouveaux sur le marché, qui ont remplacé en partie les anciens pour les nouvelles générations. Pour autant, la caractérisation de notre société comme addictogène, c'est-à-dire reposant sur une relation particulière, voire essentielle, aux produits ou comportements addictifs mériterait un développement plus étayé que l'argument d'autorité.

Sur un fond universel et intemporel de recours aux agents psychoactifs lié à la condition humaine et à ses souffrances, peut s'ouvrir la question de savoir s'il y a une intensification de ces facteurs addictogènes propre à notre époque. Mais elle doit être menée avec méthode, les tenants de la thèse de la société addictogène (Jean-Pierre Couteron, Alain Morel ou Alain Ehrenberg)

ne manquent pas de pistes pour explorer leur postulat, et les données chiffrées décrivant la prévalence des addictions sont accessibles et fiables (site de l'OFDT). S'ils le souhaitent, rien ne les empêche de confronter leurs opinions aux données observées. Car, quand on soutient une thèse, la première étape est de la documenter et de s'appuyer sur des faits observés. Faute de la réalisation de cette étape, nous sommes contraints de discuter une thèse en imaginant ce que pourraient être ses arguments.

Par exemple, si l'on compare aujourd'hui à la situation du milieu du siècle dernier, une part importante de la population était "addict" au tabac et une fraction non négligeable de la population avait une consommation d'alcool problématique. Le niveau global d'addiction de la population était donc particulièrement élevé même si les représentations de l'époque ne permettaient de le reconnaître comme tel. Au Royaume-Uni, par exemple, le taux de prévalence du tabagisme est passé de 65 % chez les hommes et 40 % chez les femmes en 1948 (10) à respectivement 17 % et 14,5 % en 2016 (11). Rien ne démontre que cette baisse importante de l'addiction au tabac a été compensée par une hausse au moins aussi forte de nouvelles addictions. La société britannique, comparable à la nôtre à bien des égards, n'est pas devenue de manière évidente plus "addictogène".

En France, si les niveaux de consommation d'alcool ont baissé depuis le milieu du siècle dernier, tout en se maintenant à un niveau parmi les plus élevés, tout comme le tabac, rien ne permet de soutenir que cette baisse des consommations, et donc des addictions, à ces produits traditionnels a été compensée voire surcompensée par des consommations et des addictions à de nouveaux produits ou à des jeux.

Mais cette référence méthodologique à la clinique des addictions et au modèle neurobiologique serait insuffisante pour appréhender pleinement la notion de société addictogène (12), car "*les conditions sociales ou sociétales n'ont jamais été autant addictogènes*". Il est évidemment hors de question de nier les circonstances sociales, sociétales, économiques et historiques qui peuvent favoriser des conduites addictives : il suffit d'évoquer par exemple les Afro-Américains qui ont payé un lourd tribut à l'héroïne dans les années 1970, ou l'épidémie actuelle d'overdoses aux opiacés et fentanyl aux États-Unis, qui frappe les petits blancs exclus de la croissance, ou encore le chômage endémique et la consommation de rhum et de zamal sur l'Île de La Réunion. La notion

de société addictogène serait donc le mode de fonctionnement particulier de la société actuelle faite de sollicitations incessantes à consommer. La société addictogène ne serait qu'un sous-produit ou un avatar de la société de consommation qui repose sur la publicité, le marketing, la politique de prix et d'offre... Nul besoin de la notion de société addictogène pour comprendre les lois du marché (légal ou non) et la nécessité de les prendre en compte pour en réduire les dommages, en particulier pas des mesures structurelles et éducatives. C'est la situation que l'on rencontre actuellement avec la forte consommation de cannabis par les jeunes. De même, l'épidémie actuelle d'overdoses aux opiacés aux États-Unis peut s'expliquer aisément par un marché peu régulé, laissant l'initiative aux laboratoires pharmaceutiques, guidés avant tout par le profit.

Ce détour par l'environnement laisse la question entière : qu'est-ce qui, au-delà d'une opinion, permet de caractériser une société addictogène, d'en attester la réalité sinon qu'elle produirait globalement davantage de consommation de produits ou de comportements addictifs (mesurables et évaluables) que les sociétés du passé ? Les outils d'analyse du fonctionnement de la société actuelle, notamment sur le plan économique, et les outils cliniques permettent de décrire les phénomènes de consommation (occasionnelle, excessive ou pathologique) de produits ou de comportements addictifs sans passer par une notion imprécise, dont le principal intérêt semble d'être un élément de communication et de plaidoyer pour sa discipline.

Les conduites addictives, nouveau champ scientifique, sont encore l'objet d'un investissement intellectuel important pour en préciser les contours, en affiner la clinique et produire des connaissances validées scientifiquement. Il paraît aventureux d'utiliser des concepts d'une discipline dans une autre si on veut rester dans le champ de la science. La transposition d'une entité clinique médicale au champ de la sociologie ou d'un concept sociologique dans le champ de la santé publique et la clinique médico-psychologique ne va pas plus de soi que l'utilisation de la physique quantique pour l'éthologie animale. En 1997, Sokal et Bricmont (13) qualifiaient d'imposture intellectuelle le fait "*d'importer des notions de sciences exactes dans les sciences humaines sans donner la moindre justification empirique ou conceptuelle à cette démarche*".

Notre environnement change, nos modes de vie également, ces changements sont des facteurs de modifica-

tion de nos rapports aux activités et produits addictifs, mais en deviennent-ils mécaniquement addictogènes et pathologiques ? Rien ne le prouve et ne permet aujourd'hui de soutenir la notion d'une société qui serait intrinsèquement addictogène, même si des facteurs sociétaux ou économiques influent en ce sens sur nos comportements individuels ou collectifs, allant jusqu'à des comportements extrêmes (*binge drinking* par exemple), et qu'ils doivent être identifiés pour mieux les prévenir. La globalisation des facteurs sociétaux et environnementaux qu'emporte le flou de société addictogène empêche d'étudier les facteurs addictogènes et leur impact respectif, condition pour les réguler.

Cette approche, sous le couvert de la nouveauté, revient à recycler la vieille idée du "c'était mieux avant". Mais affirmer que le monde était mieux avant repose plus sur des impressions individuelles ou des opinions que sur des faits démontrés. Jerphagnon a précisément écrit un livre tout à fait éclairant sur le sujet (14) où il décrit ce mécanisme de pensée qui était déjà utilisé dans l'Anti-quité. Les conduites addictives chez un individu sont le résultat de la rencontre d'un produit ou d'une activité à potentiel addictogène, d'un environnement favorisant et d'une vulnérabilité individuelle. Mais ne nous cachons pas derrière la société ou l'environnement pour feindre d'ignorer les avancées objectives de la science : nous ne pourrions aider les individus qui souffrent de ces troubles qu'en faisant face à des données scientifiquement fondées qui dépassent les mécanismes de pensée reposant sur des croyances.

Focaliser sur des faits établis

La faiblesse de la thèse de la société addictogène tient donc à la fois à l'imprécision de la définition de la société addictogène, à l'absence des données permettant de la soutenir, au glissement des concepts scientifiques, et in fine à la croyance que "c'était mieux avant".

Le postulat de société addictogène se veut un élargissement en créant une notion floue, mal étayée, qui engloberait à la fois les facteurs sociétaux, réels, et les aspects cliniques. Mais focaliser le débat sur la société addictogène, c'est le placer sous un aspect socio-philosophico-politique qui met au second plan ce qu'est d'abord le risque pour le consommateur au-delà du plaisir et l'addiction pour un patient : un trouble du comportement qui échappe à sa volonté en dépit

de conséquences négatives, une pathologie. La notion vague de société addictogène éloigne de l'appréhension d'une réalité concrète qui se mesure épidémiologiquement par les dommages causés à des centaines de milliers d'individus, à leur entourage, soit un problème de santé publique qui a le triste palmarès de contenir les premières causes de décès évitables. L'importance de ce problème, socialement et médicalement, impose de s'appuyer sur les faits établis scientifiquement, tant pour agir en prévention que pour soigner, en délaissant les croyances individuelles et collectives qui ne font que créer de la confusion. Car pour l'instant, et pour paraphraser Borch-Jacobsen, la société addictogène "n'existe pas – c'est une nébuleuse sans consistance, une cible en perpétuel mouvement" (15). ■

Liens d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt.

N. Simon, B. Basset

Vivons-nous dans une société addictogène ?

Alcoologie et Addictologie. 2018 ; 40 (4) : 353-358

Références bibliographiques

- 1 - Coueron JP. Société addictogène et accompagnement des usagers de drogues. Communication au 7^e Congrès des internes de psychiatrie, Marseille, 28-29 octobre 2010.
- 2 - Gazel C, Fatséas M, Auriacombe M. Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? *La Lettre du Psychiatre*. 2014 ; 10 : 50-3.
- 3 - Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Syndrome de dépendance. Genève : OMS ; http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/.
- 4 - Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Catégories et termes diagnostiques. Genève : OMS ; http://www.who.int/substance_abuse/terminology/diagnostic_categories/fr/.
- 5 - Volkow ND, Ting-Kai L. Drug addiction: the neurobiology of behavior gone awry. *Nature reviews Neuroscience*. 2004 ; 5 : 963-70.
- 6 - Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet*. 2016 ; 3 : 760-73.
- 7 - Lederman S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Paris : Presses universitaires de France ; 1956.
- 8 - Gallopel-Morvan K. Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*. 2012 ; (81) : 53-5.
- 9 - Ehrenberg A. In : Drogues. Savoir plus, risquer moins. Paris : MILDT ; 2002.
- 10 - Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org>.
- 11 - Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk>.
- 12 - Morel A. L'addiction est bien plus qu'une maladie du cerveau ! Communication. 6^e Journées de l'Albatros, Paris, 7-8 juin 2012.
- 13 - Sokal A, Bricmont J. Impostures intellectuelles. Paris : Odile Jacob ; 1997.
- 14 - Jerphagnon L. C'était mieux avant. Paris : Éditions Tallandier ; 2012.
- 15 - Borch-Jacobsen M. Le livre noir de la psychanalyse. Paris : Les Arènes ; 2005.