Repenser la politique des drogues

Introduction

Marie Jauffret-Roustide et Jean-Maxence Granier

Les politiques des drogues sont aujourd'hui l'expression d'enjeux et de tensions au cœur des sociétés contemporaines. Les drogues se diffusent, les usages sociaux de ces substances évoluent et les réponses publiques s'avèrent souvent difficiles à mettre en œuvre car elles soulèvent des controverses autour du permis et de l'interdit, du licite et de l'illicite, de la prévention et de la répression. Les débats sur les drogues sont le plus souvent dominés par le registre de l'émotion, du clivage et des oppositions caricaturales. Ce dossier se propose de réintroduire de la complexité dans le débat et d'analyser la situation française en y ajoutant une perspective internationale. Actuellement, les catégories structurantes des politiques des drogues sont remises en question : les frontières entre prévention, réduction des risques et soins se réinventent ; les oppositions entre drogue et médicament se déplacent ; le modèle prohibitionniste est largement mis en échec tout en étant encore fortement défendu. Ces politiques et ces catégories doivent être réinterrogées au prisme des crises que traversent nos sociétés : crises politiques et économiques, crise des identités, crise des rôles et des valeurs.

La fin du consensus sur la guerre à la drogue

De tout temps et dans toutes les sociétés, les hommes ont eu recours à des drogues : pour éprouver du plaisir, expérimenter de nouvelles sensations, mais également pour atténuer leurs souffrances ou soigner leurs

douleurs ou leur mal-être. Les usages de drogues sont en permanente évolution et ils interrogent notre relation au plaisir, aux limites et au risque ; ils sont révélateurs de nos manières de vivre en société et de notre rapport aux normes sociales. Pour certains individus, l'usage de drogues s'inscrit dans des formes de sociabilités qui n'entravent pas le quotidien ; pour d'autres, il ne parvient pas à être régulé et peut se transformer en dépendance et engendrer une forme de souffrance.

Durant très longtemps, ce sont les normes sociales et non les normes juridiques qui ont encadré les rapports aux psychotropes, le régime prohibitionniste n'ayant été mis en place par la communauté internationale qu'au cours du XX^e^ siècle[1]. En France, l'encadrement juridique de l'usage de drogues est régi par la loi du 31 décembre 1970. Votée dans un contexte politique particulier, deux ans après la révolte de mai 1968, cette loi a permis de créer un dispositif spécialisé de prise en charge des « toxicomanes », construit autour du sevrage et de la psychothérapie. Mais son caractère particulièrement répressif (l'usage simple de drogues pouvant donner lieu à des peines de prison) a pu être interprété comme une volonté de normaliser les comportements et de contrôler la jeunesse contestataire assimilée à cet usage[2]. L'arrivée du sida, dans les années 1980, a alors marqué un véritable tournant : l'urgence vitale devenait moins de lutter contre l'usage de drogues que de réduire les risques associés à cet usage (le partage de seringues étant l'un des principaux vecteurs de transmission du virus du sida).

Durant très longtemps, ce sont les normes sociales et non les normes juridiques qui ont encadré les rapports aux psychotropes.

Aujourd'hui encore, la France est l'un des pays les plus répressifs d'Europe vis-à-vis de l'usage de drogues. Certes, il est fondamental de pouvoir poser des limites, afin de permettre l'organisation harmonieuse de la

1 - Henri Bergeron et Renaud Colson (sous la dir. de), *les Drogues face au droit*, Paris, PUF, 2015.
2 - Markos Zafiropoulos et Patrice Pinell, « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 42 (1), 1982, p. 61-75.

vie en société, mais il est clairement établi, désormais, qu'une approche répressive n'apporte pas de solution efficace pour prévenir et réguler la consommation de drogues et les dommages qui peuvent y être associés. Les certitudes sur l'intérêt de l'interdit et de la répression pour limiter la diffusion des drogues ont été totalement mises en cause par l'épreuve des faits, comme le montre ici Dan Werb. Au niveau international, la guerre à la drogue lancée par Richard Nixon dans les années 1960, qui visait à imposer l'abstinence forcée aux individus et la prohibition comme modèle de régulation politique, s'est soldée par un échec. Non seulement elle n'a pas permis d'éradiquer les drogues, mais elle a contribué à enrichir les narcotrafiquants, à marginaliser socialement les usagers de drogues et à les stigmatiser, à détériorer leur état de santé en favorisant la diffusion de l'épidémie de sida et des hépatites, et à remplir les prisons aux frais de l'État[3].

Après des années de consensus international valorisant l'idéal d'une société sans drogues, un clivage fondamental est en train de voir le jour. D'un côté, certains États ont choisi de rompre ce cadre et tenté des stratégies de décriminalisation (tels que les Pays-Bas, l'Espagne, l'Allemagne) ou de dépénalisation (le Portugal), voire de légalisation (certains États d'Amérique du Nord comme le Colorado, l'Alaska ou l'État de Washington, et d'Amérique latine comme l'Uruguay)[4]. D'un autre côté, des États comme la Russie, la Thaïlande, les Philippines ou la Chine ont choisi de poursuivre, voire de renforcer, la prohibition à partir d'un modèle autoritaire de tolérance zéro conduisant à la stigmatisation, à l'enfermement ou même à la peine de mort pour les usagers de drogues. Récemment, le modèle philippin en est devenu un exemple archétypal : le président Rodrigo Duterte se targue publiquement de vouloir mettre en place un « génocide » en exécutant massivement les usagers de drogues ; il appelle la population à la dénonciation et au meurtre de ces toxicomanes ! Les approches en matière de régulation politique des drogues s'opposent donc aujourd'hui entre des modèles autoritaires, qui se durcissent et continuent de faire du « drogué » un pestiféré ; des modèles ancrés dans des expériences de natures diverses faisant du « dépendant » un patient à

3 - Global Commission on Drug Policy, "Advancing Drug Policy Reform: A New Approach to Decriminalization", rapport, décembre 2016.

4 - Caroline Protais, *Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences*, Saint-Denis, OFDT, 19 décembre 2016.

prendre en charge ou de « l'usager de drogues » un individu à préserver du VIH et des hépatites ; ou encore des tentatives diverses de régulation, voire de libéralisation, de l'accès aux drogues.

La prohibition a installé la figure du délinquant à punir ; la prise en charge médicale, celle du toxicomane ou de l'*addict* (dépendant) à soigner ; et la réduction des risques, celle de l'usager de drogues à protéger des effets indirects de son usage. Le modèle prohibitionniste repose sur une séparation entre le Bien et le Mal, une frontière entre les forts et les faibles, et la construction de boucs émissaires incarnés par le « drogué » et le « dealer » ; dans le modèle médical, la séparation concerne le bien-portant et le malade à qui on met à disposition des médicaments afin de le réintégrer et de le normaliser. Le coup de force symbolique de la réduction des risques, c'est d'avoir suspendu le jugement moral et médical sur la consommation de drogues et d'avoir considéré que l'usager était en capacité de faire des choix rationnels face à certaines dimensions de son usage. Cette approche a également conduit à une vision qui fait de chacun d'entre nous un usager potentiel s'exposant à un risque potentiel (drogues, alcool, tabac, médicaments, voire addictions sans produit). La prohibition interdit donc un certain nombre de molécules, introduit une distinction entre le licite et l'illicite et crée en partie les conditions du trafic ; l'approche médicale module son monopole sur la prescription de molécules telles que les antidouleurs ou les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) et définit par le biais de la prescription les individus éligibles et leurs conditions d'accès à ces médicaments ; la réduction des risques, en neutralisant la distinction licite/illicite produite par la prohibition, contourne la « pathologisation » de la pratique produite par la médicalisation et s'intéresse aux conséquences immédiates de l'usage de drogues afin d'en réduire les risques pour l'individu et les dommages pour la société.

Jusqu'à présent, le rapport aux drogues avait été pensé dans un monde où la règle était l'interdit. La société envisageait la question des drogues dans ce seul cadre, et les quelques mesures plus libérales, en France, ont été pensées comme des compromis ou des exceptions – l'autorisation de la vente des seringues en pharmacie depuis 1987 et plus récemment,

l'ouverture de salles de consommation à moindre risque[5], ou les stages obligatoires de sensibilisation aux risques liés au cannabis comme alternative à l'incarcération. Par la voix de la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), la politique française valorise une approche « équilibrée » des drogues sans se prononcer toutefois en faveur de la décriminalisation de l'usage. Lors de la dernière session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) sur les politiques des drogues, en avril 2016, la France a fait partie des pays revendiquant une approche de santé publique fondée sur le respect des droits humains par opposition aux approches exclusivement prohibitionnistes.

La sévérité des lois semble en effet peu efficace puisque nous avons des niveaux d'usage de drogues parmi les plus mauvais en Europe, tandis que d'autres pays avec des politiques plus tolérantes s'en sortent bien mieux, même si le lien de causalité entre politiques et niveaux d'usage n'est pas établi, comme le montre l'article de François Beck et d'Ivana Obradovic. La répression ne parvient à réduire ni l'offre ni la demande, et elle installe une forme de déni pesant sur le mauvais objet « drogue ». Elle empêche de bien penser la prévention des risques, de mieux comprendre les usages et de développer des politiques pertinentes, malgré les efforts déployés en ce sens par l'État. Elle échoue à protéger les individus malgré eux et favorise paradoxalement ce contre quoi elle lutte, à savoir les trafics. Enfin, elle conduit les États à des abus en matière de droits humains et d'égalité sociale ou raciale, quand elle ne se trouve pas au cœur d'enjeux géopolitiques majeurs (Afghanistan, Syrie, Colombie, Asie du Sud-Est). Aujourd'hui, le mouvement anti-prohibitionniste qui est en marche au sein de grandes démocraties nous oblige à repenser notre rapport aux drogues et leur place dans la société et à inventer un nouveau paradigme qui tienne compte des évolutions sociétales plus globales : les enjeux de la mondialisation, les processus d'individualisation et la place dominante du médicament dans nos sociétés.

5 - Voir l'article de Marie Jauffret-Roustide consacré récemment à cette question, « Les salles de consommation à moindre risque. Apprendre à vivre avec les drogues », *Esprit*, novembre 2016.

Le brouillage des frontières entre illicite et licite

Ces quinze dernières années, sous l'influence des rapports du neurobiologiste Bernard Roques[6] en France et du psychiatre David Nutt[7] au Royaume-Uni, des produits licites tels que les médicaments, le tabac et l'alcool sont entrés dans la catégorie drogues au même titre que les drogues illicites telles que le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. Cette évolution sémantique est une révolution épistémologique dans la mesure où elle opère un déplacement du regard moral porté sur les drogues illicites vers une attention accrue accordée aux données scientifiques relatives aux produits et à leurs propriétés pharmacologiques, aux conséquences sociales, et à l'expérience personnelle de chaque individu à l'égard des drogues. Cette rupture épistémologique autorisant à penser les drogues illicites et licites de la même manière reste toutefois aujourd'hui freinée dans ses effets par le maintien d'une politique prohibitionniste, mais surtout en raison des intérêts économiques de l'industrie du tabac, des laboratoires pharmaceutiques et des alcooliers qui luttent contre ce rapprochement scientifiquement juste.

Et pourtant, la vague massive d'opioïdes légaux à laquelle sont aujourd'hui confrontés les États-Unis et le Canada inscrit toujours plus dans les faits le brouillage des frontières entre le licite et l'illicite. Entre 2000 et 2015, près de 500 000 Américains sont morts d'une overdose, dont 300 000 impliquaient des opiacés illicites tels que l'héroïne, mais également des opioïdes légaux, c'est-à-dire des antidouleurs[8]. Cette « épidémie » fulgurante, comme on la nomme, liée à l'augmentation de la prescription d'antidouleurs, multipliée par quatre depuis la fin des années 1990, a des causes multiples : les stratégies marketing des laboratoires et le rôle des médecins prescripteurs[9], mais également les difficultés des classes moyennes en milieu rural, qui ont durement subi la crise économique. Ce phénomène renvoie également au processus de médicalisation

6 - Bernard Roques, « Problèmes posés par la dangerosité des drogues », rapport au secrétaire d'État à la santé, 1998.

7 - David Nutt, "Drug Harm in the UK: A Multicriteria Decision Analysis", *The Lancet*, vol. 376, nº 9752, 2010, p. 1558-1565.

8 - Rose A. Rudd *et al.*, "Increases in Drug and Opioid-Involved Overdoses Deaths. United States, 2010-2015", *Mmwr (Morbidity and Mortality Weekly Report)*, version ePub, 16 décembre 2016.

9 - Jane Carlisle Maxwell, "The Prescription Drug Epidemic in the United States: A Perfect Storm", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, mai 2011, p. 264-270.

croissant dans nos sociétés et plus spécifiquement ici à la manière dont les questions de la douleur et du mal-être sont prises en compte. Cette épidémie d'opioïdes a fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics américains, proposant à la fois des actions visant à réduire les prescriptions d'antidouleurs dans la société, mais également une amélioration de l'accès aux traitements de substitution pour les héroïnomanes. Le président Barack Obama s'est d'ailleurs publiquement exprimé sur cette question en 2015, ce qui constitue un symbole fort de l'attention publique qui lui est accordée.

La porosité entre le médicament, pour lutter contre la douleur, et la drogue, pour échapper à la souffrance, le passage de la prescription au deal, l'alignement des prix des différentes substances, tout indique que la frontière entre le permis et l'interdit ne suffit pas à cerner une question qui va continuer à prendre de l'ampleur avec les évolutions technologiques en cours (rôle du *dark Web* pour l'achat de substances, biotechnologies permettant de produire des produits plus puissants, autoproduction par les usagers).

Si les « épidémies » d'héroïne des années 1960-1980, suivies de celles du crack dans les années 1980-1990, concernaient plutôt des usagers noirs, pauvres, vivant dans les ghettos urbains, la nouvelle vague d'opiacés concerne aujourd'hui des usagers blancs des classes moyennes, souvent issus des zones rurales et périurbaines. Il est intéressant de noter que les réponses publiques apportées à ces phénomènes aux États-Unis ont été diamétralement opposées : guerre à la drogue et criminalisation pour les deux premières ; santé publique et réduction des risques pour la dernière. Certains chercheurs ont dénoncé le fait que la médiatisation de ces overdoses continuait de diaboliser l'usage, remettait en cause la réduction des risques et passait sous silence l'inégalité de l'accès aux antidouleurs pour les Noirs[10]. Mais si le fumeur de crack noir des ghettos urbains de Chicago et le jeune rural blanc du Minnesota accroché aux médicaments opioïdes ne se ressemblent pas, si l'État ne les traite pas de la même façon, ils sont bien tous les deux confrontés à la même difficulté que ni l'interdit ni la médicalisation ne suffit à résoudre. L'épidémie d'opioïdes aux États-Unis montre combien l'opposition drogues de rue/médicaments

10 - Carl Hart, "Mandatory Opioid Training for Doctors Isn't Necessary", *New York Times*, 16 mai 2016.

ne fonctionne pas, pas plus que le couple prohibition/médicalisation. Car ce n'est pas tant le produit qui pose problème que ses usages sociaux et la difficulté existentielle qu'il peut faire oublier.
La question sociale et raciale fait retour de manière forte dans la manière d'envisager la question des drogues, comme on le voit ici dans l'entretien avec Fabrice Olivet et Samuel Roberts. C'est un mouvement intéressant qui montre que l'approche de la question se veut de plus en plus globale et politique, au-delà des enjeux de maintien de l'ordre (ou du désordre). Un vaste champ de recherche est né aux États-Unis, pour montrer que la politique de lutte contre les drogues renforçait, voire fabriquait de la ségrégation raciale : taux d'emprisonnement des jeunes Noirs pour des questions liées aux drogues, approche différenciée selon les produits (crack *vs* cocaïne, héroïne *vs* antalgique). On sait qu'en France les cités (et leurs jeunes) paient un lourd tribut social, sanitaire et humain au trafic. Aujourd'hui, selon qui vous êtes, être contrôlé en possession de stupéfiants peut conduire à une palette de réponses policières et judiciaires extrêmement variées[11]. Mais s'il y a bien un opium du peuple qui fait toujours plus peur que les aimables divertissements psychotropes des bourgeois bohèmes et si l'intersectionnalité met en résonance les stigmatisations, cette lecture sociale et raciale ne doit pas éluder le fait qu'il existe aussi une universalité de l'expérience de l'assuétude qui touche tous les milieux et toutes les conditions.

Promouvoir une approche équilibrée qui prenne en compte l'expérience des usagers

Les partis de gouvernement en France n'ont jamais réussi à affirmer publiquement leur volonté de réformer les politiques des drogues en profondeur, comme si évoquer une décriminalisation revenait *de facto* à abandonner les logiques de la prévention et du soin. Si certaines démarches expérimentales propres à la réduction des risques finissent par voir le jour, le débat sur les drogues reste compliqué dans notre pays[12].

11 - Fabien Jobard *et al.*, « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, vol. 67(3), 2012.
12 - Marie Jauffret-Roustide *et al.*, "Supervised Consumption Rooms: The French Paradox", *International Journal of Drug Policy*, vol. 24(6), novembre 2013, p. 628-630.

Le « maintien de l'interdit » vise sans doute d'ailleurs plus à satisfaire un électorat, une opinion inquiète à raison et assez mal informée, qu'à faire évoluer les paramètres de fond d'un problème de santé publique majeur. Pourtant beaucoup de décideurs politiques savent qu'au fond la prohibition ne fonctionne pas (les États-Unis ont montré naguère l'impasse qu'elle constitue avec l'alcool) et qu'elle génère nombre d'effets pervers à commencer par le trafic lui-même et sa tragique procession de jeunes gens abattus à la kalachnikov pour des querelles de territoires de deal, la valeur marchande du cannabis étant en partie due à l'interdiction dont il est l'objet.

La prohibition n'est pas la bonne réponse, car elle ne protège personne, coûte cher, épuise les forces de l'ordre, sature le système de la justice, et favorise les inégalités sociales et raciales face au droit pour finalement échouer à réguler. Un modèle purement médicalisé ou libertaire, qui ferait l'économie d'une analyse concertée des risques, conduirait sans doute, d'une part, à donner un immense pouvoir à quelques acteurs économiques (alcooliers, producteurs de tabac, laboratoires, cartels) et, d'autre part, à nier la réalité de l'expérience de l'assuétude. Analyser de façon plus précise la notion de risques et introduire la notion de dommages permet de sortir du fantasme, d'établir des continuités effectives entre les pratiques licites et illicites, de mettre à jour des rapprochements inédits entre l'héroïnomane et le fumeur, entre l'alcoolique et l'usager excessif d'antidouleurs prescrits au départ pour un mal de dos. La notion de dangerosité mérite d'être réinterrogée : la contamination par des maladies infectieuses n'est pas la même chose que le sentiment d'être addict, ce n'est pas la même chose de conduire sous l'emprise de l'alcool ou de tomber en coma éthylique dans une séance de *binge drinking*. Le risque « addictogène », quant à lui, s'il occupe dans les imaginations le devant de la scène, est un risque parmi d'autres, qui se réalise rarement si on le rapporte à l'ensemble des pratiques, même s'il est bien réel, très coûteux et que son actualisation ne respecte en rien les segmentations drogues dures/drogues douces ou médicaments/drogues ou drogue/substitution ou licite/illicite. Loin des fantasmes, la réduction des risques a commencé ce travail avec succès, en acceptant au moins tactiquement l'addiction pour en limiter à court terme les risques vectoriels ou pathogènes par exemple (échange de seringues, salle de consommation), même

si la prise en charge reste complexe, y compris dans sa forme médicalisée (les traitements de substitution).

La prohibition ne protège personne, coûte cher, épuise les forces de l'ordre, sature le système de la justice, et favorise les inégalités sociales et raciales.

C'est donc plutôt dans la double direction de normes sociales, indexées non pas sur des lois mais sur des expériences, des pratiques et des savoirs, et des réglementations contraignantes, qui porteraient non pas sur l'usage de molécules psychotropes mais plutôt sur les conditions d'encadrement de ces usages, qu'il serait intéressant de s'engager. La quête de plaisir et d'expérience liée aux psychotropes mais aussi le manque à être qui peut se loger au cœur de la compulsion (que la psychanalyse a bien cerné sans y trouver de véritable remède) sont des constantes anthropologiques qu'il faut sans doute reconnaître. Certes l'aliénation à un produit peut être liée à de la souffrance sociale et des conditions de vie difficiles, mais elle touche aussi tous les milieux et toutes les « personnalités ». On se focalise beaucoup sur le manque et le sevrage métabolique (comme l'illustrent des films comme *Panique à Needle Park* ou *Trainspotting*), mais tous ceux qui se sont confrontés à la question savent que c'est après le sevrage, quand tout va bien, que les choses difficiles commencent. La « véritable » assuétude, c'est une dérégulation de la gestion des émotions et du plaisir à travers une substance, un ressort puissant et encore mystérieux (qui frappe de façon non égalitaire) et pousse certaines personnes à revenir à un usage alors qu'ils en connaissent les conséquences négatives. Au-delà des produits, c'est dans la compréhension et la prise en compte de ce ressort, au niveau individuel, familial, social, que s'ébauchent des solutions véritables.

La variété des usages (récréatifs, problématiques, addictifs) est souvent réduite au cas le plus grave, celui de l'addiction installée et, en prohibant, on tend à légiférer pour l'exception. Le « toxicomane » qui vit dans la rue existe bel et bien mais la réalité des expériences liées aux psychotropes est plus complexe et plus diverse et les usages de drogues sont un

phénomène de masse. On ne cesse de séparer et de stigmatiser par la loi[13], alors que le besoin anthropologique de s'évader, de ressentir des sensations, de modifier son état de conscience ou de chercher une ivresse est très largement partagé. On pourrait proposer une lecture girardienne, victimaire de cette figure de l'autre qu'est le toxicomane, à la fois puni et sacrifié pour que le corps social puisse continuer à régler son rapport aux psychotropes, comme le montre la fascination qu'exercent ces figures de la transgression et de la déchéance, ou parfois de la renaissance par l'abstinence. Les articles ici consacrés à la représentation de la drogue au cinéma (Louis Andrieu), dans les séries (Ghislain Benhessa et Nathalie Bittinger) ou dans la littérature (Nicolas Léger) permettent de redonner à tous ces phénomènes une part de leur profondeur culturelle.

La « véritable » assuétude, c'est une dérégulation de la gestion des émotions et du plaisir à travers une substance.

Il faudrait donc inventer un modèle de politique publique qui n'alignerait pas toute la démarche sur cette figure de l'*addict*, mais qui prendrait au sérieux la dimension anthropologique de l'assuétude (au-delà du seul risque sanitaire). Cette démarche repose sur la production de normes sociales partagées et de réglementations qui permettent de réguler collectivement les usages, sans transformer les usagers en délinquants ou en pestiférés. Dans ce cadre, la loi réglemente, encadre et éduque sans pour autant introduire un interdit ontologique qui n'est pas ou peu audible, au moins dans l'usage simple. On voit bien par ailleurs la tension qu'il y a à invoquer, d'une part, une quête libre de plaisir et, de l'autre, une médicalisation qui ferait peu à peu correspondre à chaque produit son double acceptable parce que médicalisé : le baclofène pour l'alcool, la e-cigarette pour le tabac, la méthadone et les traitements de substitution aux opiacés pour l'héroïne et la ritaline pour la cocaïne. Bien sûr cette panoplie est utile, elle produit des effets sanitaires très bénéfiques et constitue un

13 - Thomas Szasz, *les Rituels de la drogue. La persécution rituelle de la drogue et des drogués*, Paris, Payot, 1976.

ensemble de recours aptes à réduire les risques. Mais on voit bien que la seule domination du médicament serait comme l'envers normalisé des pratiques et des marchés, la prescription prenant la place de l'interdiction dans un modèle qui demeurerait au fond injonctif, où le « surveiller et prescrire » pourrait prendre le pas sur le « surveiller et punir ».
La grande peur liée aux drogues, c'est celle de l'aliénation à autre chose que soi, une substance avec des propriétés spécifiques, et le paradoxe de la prohibition, c'est de lutter contre cette aliénation – en prétendant protéger le libre arbitre et l'autonomie du sujet – en supprimant cette substance par l'instauration de l'interdit. C'est ce paradoxe qui est remis en cause dans les dispositifs efficaces : la réduction des risques a doté les usagers de moyens de se prémunir de l'infection et ils l'ont fait, les « groupes d'auto-support » s'attachent à construire un usager réintégré dans son statut de citoyen et les groupes d'entraide s'adressent à l'individu et à son désir en lui proposant l'aide d'un groupe et d'une parole. À chaque fois, ces dispositifs se trouvent liés à une figure du sujet, à des stratégies de responsabilisation et à des logiques collectives de prévention et de soin (rôles des pairs, groupes d'entraide, communautés thérapeutiques). L'approche par les capabilités, déployée par Amartya Sen[14] et Martha Nussbaum[15], associée à la théorie du *care*, paraît particulièrement pertinente pour renouveler la question des politiques publiques en matière de drogues. Elle donne une place centrale à la question de la vulnérabilité du sujet mais aussi aux choix qu'il peut faire et l'articule aux questions du collectif sous la double forme de l'interdépendance et de la participation. Les solutions, quand elles fonctionnent, sont d'abord mises en œuvre par des individus s'appuyant sur leurs ressources et celles d'un groupe, et non sur des formes d'hétéro-contrôles souvent tenues en échec.

Si on souhaite en finir avec la fausse réponse que constitue la prohibition sans pour autant s'aligner sur une position libertaire, il faut proposer d'autres réponses, à la fois individuelles, en plaçant la question du sujet au centre, et collectives par la prise en compte des contextes sociaux et par la montée en puissance de tous les dispositifs d'entraide : l'élaboration

14 - Amartya Sen, "Capability and Well-being", dans Martha Nussbaum et Amartya Sen (sous la dir. de), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press, 1993, p. 30-53.
15 - Martha Nussbaum, *Creating Capabilities*, Cambridge, Harvard University Press, 2011.

de règles collectives d'une part, la production de normes sociales d'autre part et enfin le développement de dispositifs de prévention et de soin centrés sur l'expérience vécue par les usagers. S'il y a des usages heureux et régulés des psychotropes, l'assuétude est une souffrance bien réelle. Un travail de conviction sociale et de maturation des esprits est à mener pour sortir de cette impasse et proposer des solutions nouvelles. Il n'y pas de société sans drogue, il n'y a pas de drogue sans risque, mais les drogues sont des substances trop dangereuses pour être simplement prohibées.

La drogue à l'écran

Un objet de fascination culturelle

Les drogues sont interdites, mais elles sont partout : dans la publicité (*Opium* d'Yves Saint Laurent, *Addict* de Dior), la presse, le cinéma, la littérature et les séries. Le vocabulaire des addictions domine et la représentation des drogues dans l'imaginaire esthétique, le champ culturel et au sein des élites intellectuelles est largement tolérée. Ceux qui osent dire qu'ils n'ont jamais tiré sur un joint prennent le risque d'être perçus comme des menteurs ou des ringards et toute une mythologie à la fois romantique et branchée entoure cette question, ce qui peut d'ailleurs renforcer le sentiment très inégalitaire du traitement légal de la question, selon qu'on est contrôlé dans la rue aux Mureaux ou que l'on plaisante aimablement et à mots couverts sur un plateau de télévision.

La drogue traverse de manière quasi compulsive la matière diégétique des séries et se trouve aussi abondamment dépeinte au sein d'une part du cinéma contemporain, sous les figures du toxicomane, repenti ou non, du dealer et de celui qui le pourchasse. Cette omniprésence fascinée prend la double forme de la *War on drugs* d'une part, récit sans cesse recommencé d'une guerre sans fin, et de la tempête sous un crâne que constituent l'addiction et la trajectoire du toxicomane, comme réalisation moderne de l'*hybris* (*Limitless*, 2011). On peut tracer quelques lignes de force de cette représentation et proposer quelques axes interprétatifs de cette mythologie obsessionnelle.

La guerre contre la drogue, celle qui oppose les forces de l'ordre aux trafiquants ou celle qui les oppose entre eux, est une ressource narrative sans fin. Le caractère mondialisé du trafic, la violence qui l'accompagne, l'économie souterraine massive qui la sous-tend, les excès de toutes natures qu'il entraîne sont la toile de fond d'affrontements entre héros et antihéros, d'ascensions fulgurantes et de chutes tragiques de *tycoons* de la came, ou de conflits de territoires sans cesse rejoués dans les cités à Marseille ou à Baltimore. Ce lucratif continent noir du marché des désirs contemporains est une machine dramatique qui ne s'arrête jamais. Bien peu d'œuvres pourtant font l'effort d'en interroger en profondeur les conditions de possibilité et les causalités (sociales, raciales, géopolitiques ou psychosociales) ou d'explorer des alternatives, à travers une approche plus globale qui mettrait en écho ces différentes expériences (vendre, acheter, consommer, punir, soigner), comme cela est montré dans *The Wire* (Hbo, 2002-2008) ou *Traffic*

(2000), qui s'attachent à en relever la dimension plus systémique.

L'expérience de l'addiction se complexifie et le toxicomane, naguère tout entier défini par son aliénation à un produit (*Razzia sur la chnouf*, 1955), prend une épaisseur humaine qui lui permet d'échapper au stéréotype. Il faut noter dans ce sens l'émergence de figures positives ou au moins ambivalentes, insérées socialement, comme celles du *Docteur House* (Fox, 2004-2012) ou de *Nurse Jacky* (Showtime, 2009-2015), à la fois protectrices et dévouées aux autres mais aussi soumises à une assuétude massive, ici celle du Vicodin, qui installe le thème du *pharmakon* (médicament/poison) et fait écho à l'épidémie d'opioïdes qui sévit aux États-Unis. Les séries américaines font aussi une large place à ceux qui « s'en sortent » : pas une série policière, dès *Hill Street Blues* (Nbc, 1981-1987), ou politique, comme *House of Cards* (Netflix, depuis 2013), qui n'ait son personnage qui va « en réunion » aux Alcooliques ou aux Narcotiques anonymes. Si la faillite physique et morale semble bien au rendez-vous de ces trajectoires, les scénarios dessinent des personnages plus riches, moins mécaniques, et réintègrent en partie le « tox » dans une forme d'humanité inquiète et au fond plus ordinaire qu'on ne l'imagine, même s'il n'échappe que rarement au jugement de valeur de ses contemporains.

Mais majoritairement, les formes culturelles du cinéma et de la série continuent à construire la question des psychotropes comme relevant exclusivement des marges de la société (*Trainspotting*, 1996) et des états limites de l'individu (*Requiem for a Dream*, 2000), dans une forme de déni structurel de l'usage de masse qui en est fait. Si des personnages ordinaires issus de la classe moyenne se transforment en trafiquants, comme dans *Breaking Bad* (Amc, 2008-2013) ou *Weeds* (depuis 2005), et si la filmographie sur les luttes contre les fabricants de tabac (*Révélations*, 1999), en rapprochant moralement les cigarettiers des trafiquants, brouille les frontières entre les produits, la drogue est encore présente surtout comme un fétiche, un mauvais objet, une marchandise taboue, au centre de tout mais échappant à toute saisie, peut-être parce que l'addiction elle-même, comme comportement, comme expérience, comme disposition, est encore rarement interrogée tant elle pose la question du sujet. Parmi les œuvres les plus originales à ce titre, citons quand même *le Feu follet* (1963), *Bad Lieutenant* (1992), ou *Oslo, 31 août* (2012).

J.-M. G.