

FORTANE Nicolas

Université Lumière-Lyon 2

Triangle – UMR 5206

n.fortane@wanadoo.fr

La constitution d'un groupe réformateur : mécanismes de sélection des acteurs et des catégories de l'action publique dans le cas du premier plan triennal de la Mildt

Addictions, pratiques ou conduites addictives, addictologie... Tous ces termes renvoient aujourd'hui à des objets sociaux relativement bien délimités, et désignés de façon légitime (peu ou plus de luttes sur des questions de dénomination de ces réalités). Cela fait pourtant moins de vingt ans que la notion d'addiction a été élaborée par des chercheurs en neurosciences afin de rendre compte, à travers un nouveau regard, des phénomènes de dépendance. Et moins de dix années qu'elle a été employée pour la première fois dans une politique de santé publique en France, à savoir le plan triennal 1999-2001 de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (Mildt), intitulé « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances », et dont l'objectif principal est, à terme, la fusion des dispositifs de soins en alcoologie et en toxicomanie.

Par le biais d'une analyse génétique de cette réforme, cette communication propose d'étudier les processus de sélection des acteurs et des instruments de l'action publique. Nous désignons ici d'une part ceux que l'on appelle parfois les « élites » des politiques publiques, c'est-à-dire les individus qui disposent d'une certaine maîtrise de la fabrique des politiques publiques et du processus décisionnel et d'autre part, les catégories d'action publique à travers lesquelles sont appréhendés (et construits) les problèmes sociaux que la politique cherche à normaliser. Le cas sur lequel nous appuierons notre réflexion présente la particularité d'être

constitué de transformations importantes des politiques sanitaires en matière de lutte contre les phénomènes de dépendance. En effet, la notion d'addiction est une construction sociale dont le succès à la fin des années 1990 s'explique par une configuration spécifique des intérêts et des enjeux à la frontière de plusieurs univers sociaux. Produite et « portée » par des acteurs du champ médical vers les sphères politico-administratives¹, c'est autour d'elle que s'articulent de profonds changements au niveau de l'organisation sociale du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Ce que nous appellerons le paradigme (ou cadre cognitif et normatif) addictologique, et qui représente l'ensemble, plus ou moins hétérogène, des postures en adéquation avec ces transformations, constitue en effet un nouveau regard sur les phénomènes de dépendance. Or, qu'elle soit un concept scientifique, un terme médical ou une catégorie d'action publique, l'addiction n'est pas neutre, elle désigne une situation anormale qui ne doit pas perdurer. Pathologie de la dépendance vue sous un angle neurologique, conduite à risque, déviance potentiellement dangereuse, toutes ces acceptions désignent des problèmes sociaux qu'il convient de résorber, et la manière dont ils sont appréhendés induit souvent un moyen de les réguler, que ce soit sous la forme d'une thérapeutique (de substitution, par exemple) ou d'une politique de santé publique. Nous reconstituerons donc ici les conditions de l'élaboration du plan triennal tout au long des années 1990 dans la mesure où il constitue une version stabilisée de l'addictologie (au sens d'organisation sociale du traitement des phénomènes d'addiction), dont la signification, bien qu'étant le fruit d'un important travail de construction, fait désormais l'objet d'un relatif consensus et est objectivée sous de nombreux aspects (théorique, professionnel, juridique, épidémiologique, institutionnel, politique, etc.).

Face à cette situation de changement social au sein de laquelle on observe une (des) politique(s) publique(s) en remplacer d'autres, il s'agit de mettre à jour les mécanismes qui président à la sélection des acteurs impulsant la réforme et à la production de ses catégories de pensée et d'action. Si, comme nous allons le voir, nous avons affaire à un processus de construction de sens, de traduction ou de mise en adéquation de concepts scientifiques et médicaux avec le langage des politiques publiques, peut-on déceler et délimiter l'existence d'un groupe réformateur, autrement dit d'une collection d'individus qui incarnent et réalisent cette opération ? Peut-on observer des relations ou des réseaux dont les connexions forment à la fois un groupe plus ou moins solidement constitué et des espaces, des scènes dans

¹ Par le terme de champ politico-administratif, nous désignons l'espace étatique qui réunit les acteurs du gouvernement et de la haute fonction publique ministérielle (directions générales, sous-directions, bureaux).

lesquelles sont produites (sur le mode de la négociation asymétrique) des catégories d'action publiques compatibles avec le cadre cognitif et normatif de l'addictologie ?

Nous ne retracerons pas ici la genèse du paradigme addictologique dans le champ médical et nous intéresserons directement à la politisation progressive de la science des addictions (I). En effet, l'addictologie se construit sur les bases d'une transformation profonde du champ de la psychiatrie qui voit son registre psychanalytique autrefois dominant être supplanté par des savoirs issus de la neurologie et des sciences cognitives notamment². Un petit nombre de chercheurs de l'Inserm réalisent cette opération en France en prenant soin de lui garantir un succès politique grâce, d'une part, au coup de force symbolique qu'opère la neurobiologie sur les discours concurrents (A) et d'autre part, à une mise en adéquation des catégories de l'addictologie avec des enjeux politiques contemporains et à la multipositionnalité institutionnelle de ces acteurs qui leur permet d'investir certains lieux où se fabrique l'action publique (B). C'est à travers ce mouvement que se constitue le noyau dur du groupe réformateur. Néanmoins, ce succès politique ainsi que la forte publicisation de la question des drogues et de la dépendance, qui suit l'annonce de la préparation du plan triennal de la Mildt, entraîne la fin de la propriété quasi-exclusive des acteurs du champ de la médecine et de la santé publique sur la définition du problème public que représentent les addictions (II). Il convient alors de déterminer les limites inclusives et exclusives du groupe réformateur qui se voit contraint de partager la production des catégories d'action publique avec d'autres acteurs et dans d'autres scènes qui n'adhèrent pas toujours aux contraintes du paradigme addictologique. Ainsi, les producteurs d'alcool via leurs représentants à l'Assemblée nationale et au Sénat vont négocier les conditions de l'intégration de l'alcoolisme dans l'ensemble des addictions en acceptant ce cadre cognitif et normatif (A), tandis que les administrations des ministères tels que l'Intérieur, la Défense ou la Justice, qui font partie de la Mildt, tentent d'insuffler aux catégories du plan triennal une vision davantage pénale que médicale (B). Le groupe réformateur, au sens d'ensemble d'individus disposant à la fois d'intérêts à et de moyens d'infléchir le processus décisionnel, ne se limite donc pas aux « porteurs » ou aux « passeurs » qui avaient initialement transposé l'addictologie dans le langage des politiques publiques, mais à tous les acteurs pourvus d'une capacité et d'une légitimité à intervenir sur la fabrique de l'action publique.

I- Politisation de l'addictologie en France et constitution du groupe réformateur

Il s'agit d'analyser ici le succès politique de l'addictologie à la fin des années 1990 en France. Un petit groupe de « porteurs » ou « passeurs » parviennent à importer les catégories d'un sous-espace particulier du champ médical dans les sphères décisionnelles et à les transposer dans le langage des politiques publiques. C'est par cette opération que se constitue le groupe réformateur au sens restreint, autrement dit son noyau dur, constitué de ces « passeurs » ainsi que des acteurs du champ politico-administratif qui se sont montrés *intéressés* à l'élaboration d'une politique de santé publique visant à l'institutionnalisation de l'addictologie. Ce mouvement permet une légitimation et une politisation progressive du cadre cognitif et normatif de l'addictologie, qui agit en même temps comme un filtre réalisant la sélection des acteurs de l'action publique.

A- Le coup de force symbolique des neurosciences

La neurobiologie et la pharmacologie sont les deux disciplines les plus impliquées qui permettront un véritable « coup de force symbolique » à la fin de la décennie avec la mise à jour du système dopaminergique, dit aussi système de récompense, commun à l'ensemble des substances psychoactives³. L'addiction se définit alors comme le « processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »⁴. Cette découverte (et notamment la façon dont elle est mise en scène) produit un véritable consensus aussi bien dans le champ de la recherche scientifique que dans celui des pouvoirs publics et constitue le noyau dur du paradigme addictologique, l'axe autour duquel sa promotion va désormais être assurée.

Une poignée d'individus peuvent être considérés comme les personnages-clefs de cette partie de l' « histoire ». Bien qu'il soit toujours délicat d'imputer à quelques trajectoires

² Ehrenberg Alain et Lovell Anne M. (dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001, 311p.

³ « Substance psychoactive » est une catégorie qui englobe désormais l'ensemble des drogues, ainsi que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

⁴ Goodman Aviel « Addiction, definition and implications », dans *British Journal of Addictions*, vol. 85, 1990, p. 1403-1408.

individuelles des transformations affectant tout un (voire plusieurs) champ social, on peut considérer ce petit groupe d'acteurs, ainsi que les « réseaux » qu'ils ont su déployer et dans lesquels ils ont su s'insérer, comme les importateurs et les promoteurs de l'addictologie en France. Le professeur Philippe-Jean Parquet est sans doute l'une des principales figures de ces « entrepreneurs » qui, en grande partie du fait de leur multipositionnalité, de leurs diverses attaches dans les champs médical et politico-administratif, rendront possible la traduction du concept médical et scientifique d'addiction en catégorie d'action publique. Le sens contemporain du trouble addictif est en effet le produit d'un processus complexe de coproduction des savoirs qui se joue à la frontière de plusieurs univers sociaux.

Aujourd'hui pédopsychiatre au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille, le professeur Parquet découvre les approches neuroscientifiques et cognitives lors de son passage aux Etats-Unis dans les années 1980 (DEA et début de thèse). Le tournant se situe au début des années 1990 avec la création de l'intercommission n°3 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) sur les pratiques addictives, qu'il préside jusqu'à la fin de la décennie. On assiste en quelques années à un véritable coup de force symbolique des neurosciences. Bien que l'intercommission soit interdisciplinaire, ce sont avant tout les travaux de neurobiologistes (J.-P. Tassin) et pharmacologues (B. Roques) de l'Inserm qui permettent de construire une légitimité à l'addictologie, tant dans le champ scientifique que dans l'espace politique et médiatique où elle commence à trouver un écho⁵.

La constitution d'une discipline spécialisée sur les phénomènes de dépendance est un enjeu spécifique à certains sous-espaces de la médecine, tels que l'alcoologie, la toxicomanie ou encore la psychiatrie. La création de l'addictologie engage en effet la question de sa position dans la structure du champ médical ; or, que la science des addictions constitue une branche des neurosciences ou qu'elle soit rattachée au domaine de la santé mentale n'implique pas les mêmes conséquences. L'Inserm, qui a déjà été par le passé un théâtre d'affrontement entre psychiatres et neurologues⁶, a plutôt tendance à valoriser les seconds et peut être considéré dans une certaine mesure comme le lieu au sein duquel les approches neuroscientifiques nord-américaines ont été relayées en France⁷. Les travaux de l'intercommission n°3 sont donc marqués par ces références qui leur confèrent une forte

⁵ Les rapports Tassin (1993), Parquet et Reynaud (1997 et 1999) et Roques (1998) ont tous eu un impact médiatique important, comme en attestent les archives des grands quotidiens nationaux.

⁶ Pinell Patrice, « La normalisation de la psychiatrie française », dans *Regards Sociologiques*, n°29, 2005, p.3-21.

⁷ Gaudillière Jean-Paul, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte, 2002, 320 p.

légitimité scientifique. Le coup de force de la neurobiologie se fonde pour une large part sur la découverte (et sa diffusion) du système dopaminergique, dénominateur commun à toutes les formes de dépendance, qui devient un élément paradigmatique incontournable du regard médical sur les addictions. Ainsi dès 1993, le rapport Tassin⁸ reprend les travaux de Goodman sur le « système de récompense » et affirme le caractère fondamentalement neurologique du trouble addictif. Le rapport Roques de 1998⁹, sur lequel nous reviendrons également ultérieurement car sa forte publicisation marque par ailleurs le moment où le discours addictologique cesse d'être la propriété exclusive du champ médical et se trouve partagé, voire tirillé, entre les positions d'acteurs variés, établit une nouvelle classification des « substances psychoactives ». La neuropharmacologie et la biologie cellulaire et moléculaire sont les disciplines centrales de l'expertise de ce rapport dont la classification est établit selon la « dangerosité » des drogues, concept essentiellement entendu ici sous l'angle de la « neurotoxicité » des différentes substances. Le sens de la catégorie addiction se cristallise ici encore un peu plus dans son acception neurobiologique

La définition du problème de la dépendance à travers la catégorie d'addiction repose alors essentiellement sur ce filtre cognitif et normatif que constitue le couple dopamine-substance psychoactive¹⁰ et c'est également lui qui assurera le succès de l'addictologie dans les sphères politico-administratives.

Alors la neurobiologie... Si vous voulez, moi quand je suis arrivé à la Mildt, il y avait un pseudo conseil scientifique, duquel le professeur Parquet faisait peut-être partie. Il y avait essentiellement des psychiatres, et des neurobiologistes... Mais c'est bien plus compliqué que ça le problème de l'addiction. En fait c'est toutes les sciences dites dures, et puis la santé publique, mais ça impliquait aussi beaucoup les sciences humaines. Mais à l'époque il n'y avait rien de ce côté-là... Alors mon petit ego à moi, c'est que j'ai créé le conseil scientifique. Si vous voulez, dans toutes ces instances il faut ce qu'on appelle un conseil scientifique et un comité de pilotage. Donc le comité de pilotage est constitué de gens qui viennent d'institutions comme le CNRS, l'INSERM, l'INRA, etc. Le conseil scientifique, par contre, est constitué de gens experts. Donc il fallait constituer un conseil scientifique qui mette autour de la table, non seulement des neurobiologistes, bon moi à l'époque j'en ai mis trop parce que je me rendais pas compte, avec le passé les choses étaient orientées beaucoup beaucoup

⁸ Pirot sylvain, Tassin Jean-Pol et Trovero Fabrice, *Drogues et toxicomanies : neurobiologie, épidémiologie*, Paris, Inserm, 1993.

⁹ Roques Bernard, *La dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob, 1998, 316 p. On notera que cet ouvrage est préfacé par Bernard Kouchner, alors Secrétaire d'Etat à la Santé, ce qui témoigne des liens qui se tissent entre les champs médical et politique.

¹⁰Lors d'un entretien avec un intervenant en toxicomanie, psychiatre plutôt partisan de l'approche psychanalytique, quand je lui demande quels sont, selon lui, les acteurs-clefs du développement de l'addictologie en France, celui-ci me répond, non sans humour, que « l'acteur sans qui rien de tout ça n'aurait été possible, c'est la dopamine ».

neurobiologie, je savais pas, donc j'ai mis un peu trop de neurobiologie. Il y avait donc des économistes, des sociologues, évidemment des psychiatres, il y avait des juristes, parce que les lois c'est quand même extrêmement important, et il fallait trouver pour présider le conseil scientifique quelqu'un qui arrivait à faire parler les sciences dures avec les sciences molles. Et c'était très compliqué, parce que si un neurobiologiste commence à vous parler sérotonine, dopamine, neurotransmetteurs, etc, il parle d'animaux. Les sciences humaines, leur sujet c'est l'homme, enfin l'espèce humaine, hommes et femmes bien entendu. Donc qu'on puisse travailler sur des rats et des souris, ils ne comprennent pas du tout. Donc il y avait la question toute bête de pourquoi vous travaillez sur des souris et des rats, quel rapport. Donc il fallait arriver à faire passer un dialogue, et c'était pas évident du tout. Donc j'ai pris Jean-Pol Tassin comme président du conseil scientifique, et je ne le regrette pas du tout, d'ailleurs vous savez que depuis le conseil scientifique c'est toujours le même, il a pas bougé, mais bon je crois qu'il faut évoluer, ça c'était en 2000 maintenant on est en 2007. Et donc que ce type était un neurobiologiste qui arrivait à traduire, qui arrivait à faire que la parole des neurobiologistes devenait compréhensible pour des gens de sciences humaines. Donc au début ça a été très compliqué, parce que les gens ne se comprenaient pas, ne parlaient pas de la même façon. Et en tout cas, je suis resté à la Mildt environ quatre ans, et les derniers temps c'était formidable, tout le monde arrivait vraiment à se comprendre.

Entretien avec un ancien chargé de mission de la Mildt

On voit ici que la constitution du groupe réformateur (son noyau dur en tout cas) est liée au succès politique du paradigme addictologique. Il est composé d'un côté de ces « passeurs », ces « entrepreneurs » de l'addictologie qui véhiculent et transposent ses catégories du champ médical aux sphères politico-administratives (nous allons éclaircir ci-après les conditions de cette multipositionnalité) et d'un autre côté, au sein justement de ces milieux décisionnels (ici, Mildt et DGS principalement), d'acteurs disposés à adhérer et promouvoir ce cadre de pensée et d'action à travers une (ou des) politique(s) publique(s). La nomination de Nicole Maestracci par Lionel Jospin à la présidence de la Mildt en 1998, juste après la publication du rapport Roques, et avec pour mission l'élaboration d'un plan triennal destiné à la lutte contre l'ensemble des dépendances, cristallise ce moment où se forme ce groupe réformateur.

B- La tentation de la santé publique

Néanmoins, on ne peut réduire la constitution d'un tel groupe et la politique publique qu'il s'apprête à fabriquer à la forte et rapide publicisation du problème des phénomènes de dépendance, ni au coup de force symbolique de l'addictologie ou à la décision

« spectaculaire » qui s'en suit. Tout cela s'est avéré possible car il y a en amont un travail long et minutieux de traduction, de mise en adéquation des catégories de l'addictologie naissante avec des préoccupations et des enjeux politiques spécifiques à la période considérée (années 1990). Bien qu'ils participent activement et de manière centrale à ce travail, celui-ci est néanmoins réalisée par des réseaux d'acteurs et d'institutions un peu plus large que les membres du groupe réformateur au sens strict. La tentation de la santé publique qui s'opère ici, même si au final cette reconversion ne réussit que de manière partielle ou en tout cas non durable¹¹, est un processus qui est un élément central de la sélection des acteurs et des instruments légitimes de l'action publique.

Ce mouvement pose en fait le problème du statut et de la position de l'addictologie dans la structure du champ médical. Alors que l'alcoologie et la toxicomanie tendaient plutôt du côté de la médecine sociale, le versant neuroscientifique de l'addictologie la tire vers la recherche fondamentale et la médecine de pointe. Néanmoins, dans les faits ce ne sera sans doute jamais totalement le cas puisque les praticiens de terrain viennent presque toujours de l'alcoologie et de la toxicomanie et sont confrontés à une réalité nécessitant une approche fortement pluridisciplinaire et hétérogène¹². Face à ce dilemme, les « entrepreneurs » de l'addictologie ont tenté d'ouvrir une autre voie, celle de la santé publique. Avant d'énumérer les conditions qui rendent cette conversion possible, il faut préciser qu'il s'agit là d'une étape cruciale de leurs stratégies et de la constitution d'un solide noyau réformateur. En effet, la santé publique ne se fonde pas uniquement dans le champ médical (elle s'oppose d'ailleurs à la clinique, au sens où elle s'occupe de la santé des populations et non des individus)¹³, elle permet entre autre de briguer des positions dans l'administration territoriale et la haute fonction publique. Or, il est probable qu'une telle stratégie soit imputable à la « carrière » des professeurs Parquet, Reynaud ou encore Tassin, qui sont, à la fin des années 1990, des acteurs parfaitement multipositionnés occupant des fonctions importantes dans des institutions et des organisations professionnelles du champ médical en même temps qu'ils sont fortement

¹¹ Un entretien avec un sous-directeur de la Direction Générale de la Santé (DGS) illustre assez bien cela : alors que les notions d'addiction et d'addictologie ont moins le vent en poupe à l'heure actuelle (depuis les gouvernements Raffarin et De Villepin et la direction de Didier Jayle à la Mildt), il n'a de cesse de restreindre l'addictologie à une discipline strictement médicale et de s'approprier une véritable vision de santé publique, conjuguant selon lui droit, épidémiologie et médecine de pointe (neurologie notamment).

¹² Bergeron Henri, *Dispositifs spécialisés « Alcool » et « Toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions*, OFDT, 2001, 116 p.

¹³ Dozon Jean-Pierre et Fassin Didier, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.

sollicités par la Mildt et le Ministère de la Santé en général. Cette multipositionnalité, à la fois cause et conséquence de ce travail de traduction des catégories de l'addictologie dans le langage des politiques publiques, est sans doute l'élément-clé des mécanismes de sélection des acteurs et des instruments de l'action publique.

Faire de l'addictologie une branche de la santé publique est donc un discours qui a relativement bien fonctionné car il est suffisamment doté de sens et de cohérence pour les différentes fractions d'acteurs intéressés à cette problématique, compte tenu de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, sa pluridisciplinarité ainsi que la multiplicité des enjeux liés au problème drogues-dépendance (les addictions sont au carrefour du médical, du judiciaire, du social, de l'économie, etc.) permettent à l'addictologie de s'insérer à la frontière de plusieurs univers sociaux. La politique de réduction des risques menée au milieu de la décennie 1990 (introduction de la méthadone notamment) a également profondément modifié le champ de l'intervention en toxicomanie en accréditant une approche plus plurielle du problème des drogues. Cette politique initiée par la Délégation Générale de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT, future Mildt) porte en effet un coup au référentiel psychanalytique (mythe de l'abstinence comme seul horizon thérapeutique) en validant les traitements par substitution qui sont plutôt le fruit d'une conception neurobiologique de la dépendance¹⁴. C'est aussi un moyen d'aborder ce problème du point de vue de la santé publique en tentant de gérer la maladie à un niveau collectif plutôt qu'individuel.

Ensuite, le développement de l'épidémiologie, via notamment les enquêtes de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), rend possible et légitime une approche populationnelle des addictions¹⁵. La découverte de nouveaux modes de consommation et de nouveaux consommateurs réclame en effet la constitution d'une nouvelle science pouvant expliquer et traiter ces phénomènes de dépendance. Et lorsque les conclusions, fortement publicisées, de ces enquêtes épidémiologiques mettent en avant la « polytoxicomanie » de la « jeunesse », la représentation d'une situation d'urgence politique s'impose sur le mode du « cela-va-de-soi ». On comprend mieux alors dans quelles mesures ce processus est un facteur central de la constitution (et de la composition) du groupe réformateur qui trouve un intérêt pratique au rapprochement de l'addictologie avec la santé publique, via l'épidémiologie. On notera par ailleurs que l'OFDT a été créé en 1995 avec l'appui et la

¹⁴ Bergeron Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, 370 p.

participation de la Mildt et de la DGS dans ce souci de produire un savoir (expert) sur les phénomènes de dépendance entendus au sens d'addictions et que des membres de l'intercommission n°3 de l'Inserm (Parquet notamment) ont siégé à son conseil scientifique.

Enfin, le succès politique de l'addictologie repose également sur la mise en adéquation de concepts médicaux et de catégories d'action publique. Les outils de prévention construits par les « entrepreneurs » de l'addictologie deviendront autant d'instruments de la politique sanitaire que constitue le plan triennal. Il s'agit en effet avant tout d'une opération de production de représentations sur les consommateurs et les modes de consommation de substances psychoactives qui permettent à la fois de délimiter la nature du problème et l'objet de la politique publique (les addictions) et d'induire les moyens de réguler et de normaliser ces phénomènes de dépendance. C'est notamment ici qu'intervient le rapport Parquet-Reynaud sur « les pratiques addictives »¹⁶. En distinguant les catégories de l' « usage », l' « usage nocif » et la « dépendance », les auteurs valident et diffusent les classifications du DSM-IV et de la CIM 10, et les imposent progressivement aux praticiens de l'alcoologie et de la toxicomanie. Ainsi, ce travail de traduction, de mise en adéquation conforte un peu plus encore la légitimité du paradigme addictologique en même temps qu'il institue (processus de sélection) ces auteurs comme des acteurs incontournables pour l'élaboration d'une éventuelle politique publique en matière de lutte contre la drogue et les dépendances.

On comprend mieux la trajectoire des « passeurs » et la constitution du noyau dur du groupe réformateur. Ce mouvement est dû à l'existence d'un tissu social et institutionnel qui a permis que ces connexions s'établissent, que des intérêts et des visions du monde coïncident progressivement, que s'opère petit à petit cette transformation des régimes de vérité et des modes d'administration de la preuve, bref qu'un nouveau sens, tant politique que médical, du problème public de la dépendance se constitue, et qu'au final les « porteurs » du paradigme addictologique occupent des positions dominantes à la croisée de plusieurs univers sociaux. Leur multipositionnalité est donc le produit de leurs trajectoires individuelles et collectives qui leur permettent de *disposer* des ressources (y compris intérêts et visions du monde) conférant autorité (au sens de pouvoir légitime) dans les mondes de la médecine et de l'action publique. Le noyau dur du groupe réformateur se constitue alors à la Mildt lorsque ces

¹⁵ Beck François, « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », dans *Genèses*, n°58, 2005 (1), p. 72-97.

¹⁶ Parquet Philippe-Jean, Reynaud Michel et Lagrue Gilbert, *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Paris, Odile Jacob, 2000, 273 p.

« entrepreneurs » sont associés à la fabrique d'une politique de santé publique visant à l'institutionnalisation de l'addictologie.

Mais ni ces acteurs qui se retrouvent à ce moment à la Mildt, ni même le réseau plus large d'institutions telles que l'Inserm, l'OFDT ou la DGS, ne font à eux seuls une politique publique en matière de lutte contre les dépendances. Il s'agit en effet d'un problème qui dépasse les seuls enjeux sanitaires. On assiste donc, suite à l'annonce de la préparation du plan triennal, à un élargissement de l'espace de production de l'action publique et du groupe réformateur à d'autres scènes et à d'autres acteurs (Assemblée Nationale, Sénat, Ministère de l'Intérieur, de la Justice, Matignon, etc.). Il convient donc désormais de distinguer les limites inclusives et exclusives du groupe réformateur.

II- Nouveaux acteurs et nouveaux espaces de l'action publique : les limites du groupe réformateur

La nomination de Nicole Maestracci à la présidence de la Mildt en juin 1998, avec pour mission d'élaborer un plan triennal de lutte contre l'ensemble des dépendances signe donc la fin de l'exclusivité du champ médical et de ses ramifications sur la définition du problème drogues-dépendance et de la catégorie addiction. Des versions concurrentes de ce discours commencent à se construire avec l'entrée en scène des lobbys de l'alcool et du tabac, des professionnels de l'alcoologie et de la toxicomanie ainsi que de certains acteurs politiques et administratifs. Ces différentes versions de l'addictologie se fonderont progressivement (mais non sans heurts) les unes avec les autres pour lui donner la forme qu'on lui connaît dans le plan triennal. Nous allons voir ici toute la complexité du processus décisionnel et de la fabrique des politiques publiques.

Le problème de la dépendance (qui plus est si on y inclut l'alcoolisme et le tabagisme) dépasse le strict cadre de la médecine et de la santé publique car il s'inscrit également dans des enjeux économiques et juridiques. Nous allons analyser la manière dont se redessine le groupe réformateur à partir du moment où ces questions pénètrent les débats sur les addictions. Dans un premier temps, l'intégration de l'alcool à la liste des substances psychoactives et à la plupart des classifications des drogues entraîne la mobilisation des producteurs d'alcool qui tentent d'infléchir l'élaboration du plan triennal. Dans la mesure où ils ne cherchent pas à remettre en cause totalement la politique publique ni à la dégager du

cadre cognitif et normatif de l'addictologie, nous considérons ces acteurs et les espaces qu'ils investissent comme des limites inclusives du groupe réformateur. Dans un second temps survient un débat sur la nature et le mode de normalisation (ou régulation) du problème des addictions. Les tenants d'une pénalisation des consommateurs de drogues (Ministère de l'Intérieur, de la Défense...) s'opposent aux défenseurs d'une médicalisation (DGS, addictologues) et contestent la légitimité du paradigme addictologique, marquant ainsi les limites exclusives du groupe réformateur.

A- Le problème du rapprochement entre alcool et drogues

Nous n'avons pas la place ici pour discuter de la pertinence du concept de groupe d'intérêt pour qualifier les producteurs d'alcool ni pour revenir sur les conditions de leur mobilisation ou sur la genèse de leur répertoire d'action. Nous admettons donc que c'est un groupe social disposant de certaines ressources permettant d'influencer le processus décisionnel, à la fois grâce à ses représentants dans les travées parlementaires et à sa capacité à produire un savoir expert (et concurrent) sur les questions de drogues et dépendance¹⁷.

La réaction du lobby de l'alcool peut au premier abord sembler quelque peu paradoxale. Celle-ci semble plus virulente que contre la loi Evin¹⁸ alors que les alcooliers ont pourtant moins à perdre avec une nouvelle classification des drogues qu'avec une restriction de la production et de la publicité sur l'alcool. Qui plus est, le projet de la Mildt n'envisage pas de modifier la législation (sauf exception pour les mineurs), que ce soit sur le prix et les taxes des boissons alcoolisées ou sur le taux de l'alcoolémie routière, et les restrictions de la loi Evin ont progressivement été supprimées par les gouvernements Balladur et Juppé. En fait, les alcooliers s'élèvent contre ce qu'il sera désormais convenu d'appeler « *l'assimilation de l'alcool à une drogue* »¹⁹ et l'on comprend que, ce débat engageant également l'image de l'alcool dans la société (le slogan « *alcool = drogue* » était mis en avant par la plupart des médias), le groupe estime que ses intérêts sont toujours menacés.

¹⁷ L'IREB est un organisme créé par les producteurs de boissons alcoolisées tandis que certaines organisations professionnelles financent des recherches scientifiques.

¹⁸ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

¹⁹ Cette formule est constamment utilisée par les acteurs pour désigner le thème du débat qui les oppose, l'enjeu autour duquel ils sont réunis. On peut d'ailleurs presque dire qu'elle est devenue depuis une catégorie d'Etat puisque l'« assimilation » ou le « rapprochement » « alcool-drogues » constitue désormais une rubrique dans le classement des archives de l'Assemblée Nationale et du Sénat.

Deux éléments sont donc liés à l'extrême réactivité des producteurs d'alcool, caractérisée notamment par les députés des régions viticoles assaillant les membres du gouvernement de questions sur leurs projets en matière de lutte contre l'alcoolisme dès l'été 1998. D'abord, c'est vraiment grâce au fort degré de mobilisation acquis et développé pendant les débats sur la loi Evin que le groupe d'intérêt est aussi rapidement actif contre la nouvelle classification des drogues. Ensuite, l'acceptation des contraintes cognitives et normatives du paradigme de l'addictologie, ainsi que son registre discursif, érige les producteurs d'alcool en interlocuteurs privilégiés du gouvernement, dans la mesure où leur posture rend hors-jeu pendant un temps celle des professionnels de l'alcoologie et de la toxicomanie qui refusent encore à ce moment ce cadre de pensée et d'action. Là encore, nous allons voir que la capacité d'un groupe à faire coïncider, rendre compatible, ses intérêts avec la vision du monde, la définition du problème « portée » par le paradigme (au sens d'ensemble de postures) dominant est un élément central des mécanismes de sélection des acteurs légitimes de l'action publique.

Le lobby alcoolier n'est toutefois pas une organisation homogène, il est plutôt constitué de deux groupes d'acteurs distincts dont la mobilisation collective est ponctuelle. On trouve d'un côté les industriels, regroupant les distillateurs et les brasseurs, et de l'autre la viti-viticulture (parfois le monde de la gastronomie se joint à eux). Ces deux groupes n'ont pas vraiment les mêmes propriétés sociales ni les mêmes intérêts et stratégies. La viticulture, même si c'est elle qui bénéficie de relais importants à l'Assemblée Nationale et au Sénat, a plutôt tendance à être dominée et instrumentalisée par l'industrie alcoolière qui sait que les producteurs de vin jouissent d'une plus grande légitimité mais qu'ils disposent de faibles moyens financiers. Les viticulteurs ont néanmoins tenté de faire émerger la question du statut du vin dans le plan triennal en revendiquant sa spécificité (« *le vin, ce n'est pas de l'alcool* ») et notamment son caractère de « bienfait pour la santé » (« *french paradox* »). Même si cette stratégie n'a pas abouti à une classification particulière pour le vin, elle a malgré tout pesé sur le traitement global du problème « alcool » dans la rédaction du plan triennal, puisque le Ministère de l'Agriculture a été inclus à la Mildt pendant cette période de négociation et a contribué à établir un consensus entre le gouvernement et le groupe d'intérêt.

L'analyse des débats parlementaires de la fin de l'année 1998 et les échanges épistolaires entre les organisations professionnelles des alcooliers et les instances gouvernementales montre encore plus clairement que les termes du plan triennal se sont en partie négociés avec le lobby. Le statut de l'alcool par rapport aux autres produits y est longuement discuté, de nombreux arguments et thèmes sont mis en scène, entraînant ainsi une

redéfinition partielle de la notion d'addiction. Même si au début les deux parties ont du mal à établir un consensus, une affinité se construit progressivement entre deux versions de l'addictologie. Le passage d'une approche « comportement » à une approche « produit » permet à tous les acteurs de trouver un point d'accord sur la signification de la catégorie addiction²⁰. D'une part, l'approche « comportement » est supportée par le groupe réformateur et les fidèles de l'addictologie en général, car elle permet de pointer l'ensemble des conduites addictives, quelque soit le statut juridique des substances consommées. D'autre part, les producteurs d'alcool lui sont également favorables dans la mesure où ce n'est plus leur produit qui est visé par la politique sanitaire mais bien le comportement des consommateurs. Ce n'est d'ailleurs pas l'alcool en tant que produit qui figure dans le plan triennal mais l'« abus d'alcool » en tant que comportement. On voit ainsi comment la notion d'addiction s'inscrit dans plusieurs univers sociaux et est traversée et formatée par différents enjeux. C'est justement cette redéfinition (partielle) du problème drogues-dépendance qu'opère le lobby alcoolier qui l'autorise à défendre ses intérêts en prenant part au processus décisionnel. En inscrivant le problème dans des enjeux plus transversaux, il parvient à faire valoir certaines ressources leur permettant d'accéder à certains espaces (périphériques) de fabrication des politiques publiques. Si l'on peut parler d'une extension du groupe réformateur, c'est dans la mesure où ces acteurs réussissent à altérer le sens de certaines catégories d'action publique. Et si l'on qualifie ces limites d'inclusives, c'est parce que le lobby réalise cette opération depuis l'intérieur du paradigme addictologique, c'est-à-dire qu'il n'en conteste pas les fondements ni la légitimité, il parvient même à faire coïncider ses intérêts avec les contraintes de ce cadre cognitif et normatif et à les exprimer dans un tel registre discursif. Le paradigme addictologique agit donc bien comme un filtre de sélection des acteurs et des instrument de l'action publique.

B- Le traitement des addictions entre médicalisation et pénalisation : l'exemple du cannabis

Le thème de la dépénalisation de l'usage du cannabis émerge progressivement dans les années 1990 et connaît un fort succès médiatique à la fin de la décennie. Plusieurs éléments

²⁰ L'opposition entre approche « produit » et approche « comportement » constituait déjà un enjeu théorique important dans le champ médical entre les tenants de l'addictologie (version neurosciences et cognitivo-

convergent afin de créer un espace de visibilité à ce discours, constituant ainsi une « fenêtre d'opportunité » à de nouveaux acteurs, qui vont s'insérer dans le processus décisionnel en faisant peser le poids de leurs intérêts et de leurs visions du problème dans l'élaboration du plan triennal de la Mildt. Cela permet également aux acteurs déjà engagés dans cette opération (professionnels de santé, groupes d'intérêt) de prendre position dans de nouveaux interstices argumentaires à l'égard de diverses catégories de pensée et d'action. Là encore, la politique publique en gestation va être affectée par une extension du groupe réformateur, mais cette fois celle-ci s'opère à travers une tentative de réduction, voire d'invalidation, du paradigme addictologique. Autour de débats sur le statut de l'utilisateur de drogues, certains acteurs politico-administratifs tentent en effet de redéfinir le problème des addictions en y appliquant une vision pénale plutôt que médicale.

En 1994 et 1995, deux rapports (Henrion et CCNE)²¹ mettent en avant la spécificité du cannabis parmi les autres substances illicites, mais c'est avant tout le rapport Roques qui cristallise l'ensemble des tensions existantes autour de cette problématique. Le cannabis étant considéré, dans cette classification, comme le toxique le moins dangereux, la thématique de sa dépénalisation fait surface rapidement et met en scène une pluralité d'acteurs. Il est possible de situer l'ensemble de ces prises de position sur un continuum borné par deux types-idéaux de traitement des phénomènes de dépendance, la médicalisation et la pénalisation. Nous allons voir comment la confrontation de ces deux conceptions, et donc des groupements d'individus qui l'incarnent, a un impact sur l'élaboration du plan triennal.

Le problème de la dépénalisation de l'usage de cannabis focalise les débats de plusieurs scènes gouvernementales et la Mildt canalise une grande partie de ces tensions du fait de sa structure interministérielle (les réunions interministérielles qui ont lieu à Matignon constituent l'autre lieu important dans lequel se donnent à voir ces dissensions). Comme une dépénalisation de l'usage du cannabis implique une révision de la loi de 1970, cette question entraîne d'après négociations entre la Mildt et les ministères que sont l'Intérieur notamment, mais aussi la Justice, la Défense et les Affaires Etrangères, chacun ayant des intérêts particuliers à défendre. Cet espace et ce moment du processus décisionnel est donc propre aux acteurs du champ politico-administratif même si l'on sait bien qu'en plus de leurs intérêts

comportementalisme) et ses détracteurs (psychiatrie traditionnelle et psychanalyse).

²¹ *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1995 et *Rapport du Conseil Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies*, n°43, novembre 1994, 66 p.

particuliers, ils représentent des groupes professionnels spécifiques (médecins, magistrats et police notamment).

Le ministère de Jean-Pierre Chevènement est radicalement opposé à la dépénalisation de l'usage, dans la mesure où en pratique, la possibilité de mise en garde à vue du simple consommateur de cannabis est souvent considérée comme le point de départ de la répression du trafic. Par ailleurs, comme la mise en place de la politique de réduction des risques quelques années plus tôt avait été vécu comme une défaite par l'administration policière, la dépénalisation est d'autant plus difficile à accepter. « *Je [le Ministre de l'Intérieur] pense que le démantèlement des réseaux de drogues dans les quartiers est une chose essentielle si nous voulons assurer la reconquête républicaine des banlieues et cela interdit de donner des signes qui seraient fâcheux comme celui de la dépénalisation de l'usage* »²². Le Ministère des Affaires Etrangères, ainsi que la Direction Générale des Douanes²³, ont une posture assez semblable, dans la mesure où ils prennent également part à la répression du trafic de stupéfiant, notamment au niveau de la coopération internationale et du contrôle des frontières. Le Ministère de la Défense est lui aussi opposé à la dépénalisation de l'usage du cannabis mais pour d'autres raisons, la gendarmerie nationale ayant à la fois la charge de la sécurité routière et de l'information et la prévention à destination des publics scolaires (dans le cadre des politiques d'éducation à la santé). D'une part, elle ne souhaite pas que son intervention soit limitée au dépistage des consommateurs et que ce soient ensuite les institutions médicales qui assurent le traitement de ces déviations (notons que cette administration a également des prises de position de ce type à chaque fois qu'il est question d'un changement du taux légal d'alcoolémie routière). D'autre part, la Milt souhaitant que les interventions en milieu scolaire soient désormais effectuées par des professionnels de santé, cela réduirait le champ de compétence du Ministère de la Défense. L'enjeu n'est donc pas ici de déterminer si les addictions sont une forme de maladie ou de délinquance (il est acquis que cette déviance constitue d'abord une pathologie), mais de savoir quelle(s) administration(s) sont compétentes dans le traitement des phénomènes de dépendances. Il y a donc ici une remise en cause partielle du paradigme addictologique dans la mesure où l'appréhension médicale de la normalisation du problème des drogues est contestée par une vision pénale qui préconise un statu quo sur cet enjeu spécifique, via le maintien de la loi de 1970 (path dependence ?)

²² Jean-Pierre Chevènement, cité dans *Le Monde* du 11 janvier 1999.

²³ La Direction Générale des Douanes et des Droits Indirects (DGDDI) est rattachée au Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.

Finalement, les arbitrages du Premier Ministre penchent plutôt en faveur des ministères régaliens (surtout pour des raisons électorales, l'opinion publique n'étant pas favorable à une dépénalisation du cannabis²⁴) : « *Il n'est pas question de mettre en prison deux millions de consommateurs de haschich, mais il n'y aura pas de dépénalisation* »²⁵. Mais en réalité, deux circulaires diffusées par le Ministère de la Justice vont permettre de trouver un compromis. En effet, ce ministère n'est pas fondamentalement opposé à une révision de la loi de 1970 car Elisabeth Guigou et son entourage sont conscients de la difficulté de son application par les juges. De plus, Nicole Maestracci, présidente de la Mildt, est magistrate et a été conseillère technique du cabinet du Garde des Sceaux à la fin des années 1980, ce qui facilite son entente avec l'administration judiciaire, cette particularité de son profil a d'ailleurs été un critère déterminant dans le choix de sa nomination par Lionel Jospin. En tout cas, un point d'équilibre est trouvé sur l'axe médicalisation-pénalisation grâce à la promulgation de ces circulaires (validées par Matignon) qui recommandent aux parquets de ne pas engager de poursuites pénales pour les simples consommateurs de cannabis et de les orienter vers le système de soins en addictologie. Concrètement, cela ne modifie pas profondément le fonctionnement du dispositif tel qu'il avait été conçu trente ans plus tôt. Le principe de l'injonction thérapeutique est simplement tempéré pour les simples usagers de cannabis puisque leur prise en charge médicale ne repose plus sur une décision du magistrat, dans la mesure où c'est directement le législateur qui prévoit qu'il n'y aura pas de traitement pénal pour cette forme d'addiction. Le problème particulier de la consommation de cannabis n'a donc pas été défini à travers le prisme du paradigme addictologique, le noyau dur du groupe réformateur échoue en partie sur ce point face à d'autres acteurs politico-administratifs qui parviennent à accéder à des espaces centraux de fabrication des politiques publiques (Mildt, Matignon). Parler de limites exclusives du groupe réformateur, c'est désigner ces individus qui prennent part au processus décisionnel mais qui tentent de l'infléchir en fonction d'intérêts qui ne coïncident pas avec le cadre cognitif et normatif de l'addictologie. Ils sont donc bien des producteurs de l'action publique mais n'intègrent pas, analytiquement, le groupe réformateur dans la mesure où leurs positions ne sont pas en adéquation avec les postures typiques du paradigme. Finalement, la composition des élites des politiques publiques ne dépend pas seulement du mécanisme de sélection des acteurs légitime qu'est l'acceptation des

²⁴ Les élections législatives européennes ont lieu en juin 1999, la présentation du plan triennal a d'ailleurs été repoussée après cette échéance alors qu'elle avait initialement été prévu plus tôt.

²⁵ Lionel Jospin, cité dans *Le Monde* du 11 janvier 1999.

contraintes cognitives et normatives d'un cadre de pensée et d'action, mais également de la capacité à accéder à certains interstices du processus décisionnel, à certains espaces au sein desquels se fabrique l'action publique.

Au total, on ne peut certes pas dire que le premier plan triennal de la Mildt (1999-2001) marque un choix définitif en matière de lutte contre les phénomènes de dépendance (notamment eu égard à ce qui s'est passé après la présidence de Nicole Maestracci²⁶), mais celui-ci constitue sans doute à l'heure actuelle le point culminant du paradigme addictologique. Autrement dit, c'est à cette époque que la notion d'addiction est le plus profondément ancrée et le plus fortement légitime dans les champs médical et politico-administratif, et qu'un plus grand nombre d'acteurs a réussi à y faire coïncider ses intérêts et ses visions du monde. Il s'agit là d'un premier levier de sélection des acteurs et des instruments de l'action publique. Le second repose sur la (multi)positionnalité des réformateurs, autrement dit sur leur capacité d'accès aux espaces de fabrique des politiques publiques.

Le sens du trouble addictif est donc tout à fait singulier et est le produit d'une mise en adéquation progressive d'un concept médical et scientifique avec des enjeux et des préoccupations politiques à un moment donné. Sa traduction en catégorie d'action publique n'a sans doute pu être effective que grâce à cette pluralité d'acteurs investis dans le processus décisionnel car, même si cela a incontestablement rendu la chose plus complexe, une telle réforme de santé publique, qui a transformé radicalement et durablement les dispositifs de soins en alcoologie et en toxicomanie, n'aurait probablement pas été possible sans l'« accord », si fragile soit-il, des acteurs du champ médical, des puissants lobbys de l'industrie alcoolière et des ministères prépondérants que sont l'Intérieur et la Justice notamment. Finalement, la construction du problème public des addictions, à la frontière de la médecine et de l'action publique, aura été, lors de ces vingt ou trente dernières années, le vecteur et le révélateur de l'histoire sociale et politique du traitement de cette forme de déviance particulière que sont les phénomènes de dépendance.

²⁶ Il faut en effet signaler, même si cela n'a pas été discuté ici, que, d'une part, les années 2000 marquent un léger retrait de la notion d'addiction, notamment sur le plan des politiques de santé publique et d'autre part, le sens du trouble addictif est altéré par l'intégration de nouvelles maladies dans la catégorie « addiction », telles que le jeu pathologique, les achats compulsifs ou encore l'anorexie-boulimie.