Carole Thiry-Bour
Centre Européen de Recherche en Sociologie de la Santé (CERESS). Strasbourg II.

L'évolution de la représentation de l'alcoolique, ou l'effacement du stigmate

La naissance d'une maladie est un phénomène complexe car il touche, notamment, aux représentations, qui, dans le cas de l'alcoolisme, sont fortement ancrées dans les esprits et impopulaires de surcroît. La construction sociale de la maladie s'est faite progressivement. Au XIXe siècle, les connaissances médicales sont embryonnaires, laissant ainsi largement la place à une conception traditionnelle. L'ivrogne, comme le fou, sont perçus comme des êtres dérangeants, porteurs de désordre, que l'on préfère enfermer. La médicalisation de l'alcoolisme dans les années 1950 va permettre l'émergence d'un nouveau modèle culturel modifiant considérablement la représentation du buveur, mais le stigmate que porte l'alcoolique ne s'atténuera que dans la décennie 1970. En effet, la lutte antialcoolique, dominée jusqu'alors par l'institution psychiatrique, va changer d'orientation sous l'effet de plusieurs facteurs convergents, ce qui aura pour conséquence une sorte de banalisation de l'alcoolisme. Dans cette nouvelle perspective, à mesure que la visibilité du stigmate diminue, le buveur s'humanise.

LA MISE À L'ÉCART DE L'*IVROGNE*

Durant le siècle 1850-1950, l'ivrognerie apparaît comme un comportement répréhensible. La lutte antialcoolique est caractérisée par des mesures punitives et restrictives sur le plan économique. C'est une logique sociale qui domine dans la mesure où la perception de l'alcoolisme est fortement marquée par une conception traditionnelle. L'image du buveur est ambivalente, car s'il est globalement perçu comme un coupable, un vicieux qui mérite d'être puni, il est tantôt vu comme un individu faible, victime des conditions dans lesquelles il vit. L'intempérance fait figure de vice ou de tare. *«On continua longtemps à classer les alcooliques parmi les dégénérés, et à considérer l'alcoolisme comme cause de la dégénérescence de la race [...]»*, écrit J. C. Sournia[1]. Ou encore, *«l'alcoolique est un dégénéré sans volonté, incapable de résister à ses plus bas instincts»*[2]. Le courant hygiéniste, né à la fin du XVIIIe siècle et formé de spécialistes en hygiène et santé publique parvenus à s'introduire dans les instances de décision, comme le Comité consultatif d'hygiène publique[3], a largement contribué à la persistance de ces idées. Tandis que la France connaît un taux de mortalité important, la politique mise en oeuvre par l'hygiénisme agit en faveur de la préservation de la santé et considère l'abus d'alcool comme *«un vice particulier des classes laborieuses»*[4], tout en qualifiant ce comportement d'infamie[5]. Cette représentation (im)populaire du buveur s'explique, d'une part par l'état embryonnaire des connaissances médicales, d'autre part par le contexte socio-économique de l'époque mettant l'accent sur les notions d'ordre et de productivité.

Au cours du XIXe siècle, le savoir médical est peu étendu sur la question de l'alcoolisme, terme qui d'ailleurs ne verra le jour en France qu'en 1849. En effet, seule l'ivresse, c'est-à-dire l'excès ponctuel de consommation d'alcool, est prise en compte par le corps médical et fait l'objet de descriptions. Au début du XIXe siècle, les médecins n'établissent pas encore le lien entre l'ivrognerie et les conséquences provoquées par ce comportement sur le plan organique (cirrhoses, ...). En revanche, s'agissant des atteintes menta-

---

1 J. C. Sournia, *Histoire de l'alcoolisme*, Paris, Flammarion, 1986, p.137.

2 J. C. Stoloff, "Alcoolisme, médecine et groupes d'anciens buveurs", *L'Info Psy*, vol. 50, n° 3, mars 1974, p. 272.

3 L. Tondeur, F. Baudier, "Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique", *Actualité et dossier en santé publique*, n° 16, septembre 1996, p. IV.

4 D. Nourrisson, *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, Albin Michel, 1990, p. 187.

5 C. Thiry-Bour, *Genèse d'une institution : le C.H.A.A., évolution de la politique de lutte antialcoolique*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1996, p. 22.

les, les aliénistes mettent au jour les effets de l'intempérance prolongée et découvrent, dès 1819, cette maladie que le docteur Sutton, un médecin anglais, a nommé le délirium tremens[6], qui survient à la suite d'un sevrage brutal et conduit à un délire alcoolique accompagné de troubles neurologiques (tremblements, ...)[7]. Ainsi, *«l'alcoolisme* [avant même l'invention du terme] *fait son entrée dans le champ médical sous ses aspects avant tout neuropsychiatriques. Il va devenir, et pour longtemps, la chasse gardée de cette discipline en train de naître, l'aliénisme»*[8]. Un autre élément explicatif de cette mainmise des aliénistes sur la lutte antialcoolique réside dans l'absence de soins et de traitements médicamenteux, qui ne font qu'accentuer les effets "spectaculaires" auxquels conduisent les ivresses répétées, génératrices de désordre, tout comme l'est l'aliénation mentale.

Le mot alcoolisme a été inventé par un médecin suédois, M. Huss, en 1849. A cette époque, en Suède, la consommation de boissons alcooliques est très importante (23 litres par an et par habitant[9], tandis qu'en France elle atteint 14,6 litres par an et par habitant[10]) et provoque de nombreuses affections organiques et mentales. Les travaux de M. Huss décrivent de manière très détaillée les lésions viscérales ainsi que les troubles mentaux et comportementaux observés dans la population, et constituent de la sorte une synthèse exhaustive. Mais l'apport incontestable de ses recherches réside dans la mise en évidence de la notion de *dépendance* au produit alcool qui marque la différence qui sépare un vice d'une maladie. En effet, le médecin suédois fait état dans ses écrits d'une "dipsomanie", c'est-à-dire, *« d'une tendance qui pousse irrésistiblement à boire»*[11]. Si la notion de maladie alcoolique est cernée dès le milieu du XIXe siècle, elle ne pénétrera que très lentement l'opinion publique peu avertie en la matière.

Le corps médical lui-même n'échappe pas au sens commun véhiculé par la société dans laquelle il vit. Bien qu'une conception médicale de l'alcoolisme soit en train de naître, les médecins de l'époque y sont encore peu sensibilisés au cours de leur cursus, l'enseignement et la recherche dans ce domaine étant faiblement développés. La plupart d'entre eux perçoivent l'alcoolisme comme un comportement généré par des facteurs socio-économiques relevant davantage du registre de la politique et de la morale que de la médecine. P. Fouquet écrit à ce sujet : *«Le généraliste qui n'a habituellement reçu aucun enseignement dans ce domaine, encombré de ces malades difficiles, a tendance à les rejeter estimant qu'il s'agit plus d'une sociopathie que d'une maladie»*[12]. De façon plus nuancée, J. C. Sournia avance l'idée que l'on *«formait les médecins dans la prudence thérapeutique, dans la rigueur scientifique, et aussi dans le scepticisme: comment dans leur majorité auraient-ils pu prendre au sérieux les outrances des adeptes de la dégénérescence, les statistiques annonçant la fin de la race, et les maniaques de la syphilis ou de l'alcoolisme ? Leur entourage et leur clientèle contredisaient les assertions simplistes, ils voyaient autour d'eux des ivrognes invétérés élevant une robuste descendance, et de grands buveurs vivant septuagénaires, autant d'exceptions qui allaient à l'encontre des généralisations péremptoires. Si bien que les médecins qui, logiquement auraient dû être les porte-drapeaux des sociétés, n'en furent dans leur majorité ni des militants, ni des "croisés"»*[13]. Ainsi, la conception traditionnelle de l'alcoolisme recouvre largement la définition médicale naissante.

---

6 J. C. Sournia, *op.cit.*, p. 55.

7 J. Adès, M. Lejoyeux, "Complications psychiatriques de l'alcoolisme", *Revue du Praticien*, n° 41, 1991, p. 2259-2263.

8 D. Nourrisson, *op. cit.*, p. 176.

9 P. Fouquet, M. de Borde, *Histoire de l'alcool*, Paris, P.U.F., Que sais-je ?, 1990, p. 27.

10 S. Ledermann, *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*, Paris, P.U.F., 1956, cité par P. Fouquet, "Alcoolisme et psychiatrie", *L'Evolution Psychiatrique*, avril-juin 1959, p. 230.

11 D. Renaudin, "De l'alcoolisme chronique par M. le docteur M. Huss, professeur de médecine clinique à l'institut médico-chirurgical de Stockholm, analysé par le docteur Renaudin, directeur de l'asile de Marville", *Annales Médicopsychologiques*, n° 5, 1853, p. 60-83.

12 P. Fouquet, "Eloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie", *Alcool ou Santé*, n° 82, 1967, p. 7.

13 J. C. Sournia, *op. cit.*, p. 165-166.

Avec les débuts de l'industrialisation en France, à partir du milieu du XIXe siècle, se met en place une logique de productivité et de rentabilité qui cohabite mal avec les notions de désordre et d'oisiveté, d'autant plus que se développe une alcoolisation de masse. En effet, plusieurs facteurs convergents ont permis l'émergence d'une consommation quotidienne d'alcool. A partir du début du XIXe siècle, nous assistons au perfectionnement des alambics, qui permettent une distillation massive, et, grâce aux travaux de L. Pasteur[14], à une meilleure conservation, qui autorise le stockage des boissons. Plus tard, grâce au chemin de fer, l'alcool sera expédié dans toutes les régions, ce qui aura pour conséquence une augmentation de l'offre. A cela s'ajoutent les vertus portées à l'alcool. Dans son étude de la hiérarchie des besoins des différentes classes sociales dans les sociétés industrielles, M. Halbwachs montre que les ouvriers trouvent dans le vin un réconfort, une évasion et une source de forces pour accomplir son dur labeur ; en conséquence, *«étant habitués à une consommation donnée du vin, ils résistaient à toute réduction qui les en priverait»*[15]. Ainsi, en l'espace de quelques décennies, l'alcoolisation en France est devenue une habitude culturelle touchant tous les milieux sociaux, aussi bien les prolétaires que les bourgeois. Cette tendance est très bien signifiée dans les romans d'E. Zola : *L'Assommoir*, *Pot-Bouille*, *Thérèse Raquin*, *Le ventre de Paris*, ... Face à cette alcoolisation massive — bien que différenciée entre les régions comme le montrent les données qu'utilise E. Durkheim dans son analyse du suicide[16] — qui se déroule dans un contexte où prime une logique de productivité, l'image du buveur vu comme un être dérangeant car il génère le désordre dans la société, n'en est que renforcée.

Afin de contrer ces comportements nuisibles une véritable technologie limitative et coercitive est mise en oeuvre. D'une part, sur le plan économique, des mesures restrictives concernant la production et la distribution d'alcool sont appliquées et seront d'ailleurs maintenues jusqu'après la Seconde guerre mondiale. Elles portent essentiellement sur la réglementation des débits de boissons, l'extinction des privilèges des bouilleurs de cru, l'augmentation des taxes sur l'alcool, l'interdiction de vente sur les lieux de travail. D'autre part, la lutte antialcoolique est conçue comme une question relevant de la protection des intérêts collectifs. Les pouvoirs publics montrent clairement que *«la priorité doit être donnée à la défense de l'ordre social et aux problèmes de sécurité»* explique M. Jaeger[17]. En somme, cette attitude témoigne *«d'une incapacité à penser la question des comportements "antisociaux" en général, autrement qu'en termes d'ordre, de surveillance, de discipline : l'approche policière prime sur l'approche médicale et les notions de guérison et de réadaptation finissent par sembler incongrues face au péril que font courir les "fous" de la société»*[18]. Cette logique punitive qui vise la défense de la société est venue se substituer, au cours du XVIIIe siècle, à une autre logique dont le but était, pour reprendre M. Foucault, *«la vengeance du souverain»*[19]. Ainsi, l'infraction commise par le buveur (si minime soit-elle), qui auparavant était perçue comme une atteinte directe au monarque, est interprétée comme une agression du corps social, contre laquelle *«la société a le droit de se dresser [...] et il faut bien qu'il en soit ainsi puisqu'il y va de la défense de chacun»*, écrit M. Foucault[20]. Cette notion de dangerosité incarnée par le buveur est à replacer dans le contexte de l'enfermement, création institutionnelle propre au XVIIe siècle. Le sens de

---

[14] L. Pasteur, *Etude sur le vin, ses maladies, causes qui les provoquent ; procédés nouveaux pour le conserver et le viellir*, Paris, Imprimerie impériale, 1866, p. 56.

[15] M. Halbwachs, *Esquisse d'une psychologie des classes sociales*, Paris, Marcel Rivière et Cie, 1964, p. 173. Cf. également, M. Halbwachs, *La classe ouvrière et les niveaux de vie. Recherche sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines*, Travaux de *l'Année Sociologique*, Alcan, 1913 et *L'évolution des besoins dans les classes ouvrières*, Alcan, P.U.F., 1933.

[16] E. Durkheim, *Le Suicide*, Paris, P.U.F., 6ème édition "Quadrige", 1991, p. 47-49.

[17] M. Jaeger, *Le désordre psychiatrique*, Paris, Payot, 1981, p. 115.

[18] *Ibid.*, p. 116.

[19] M. Foucault, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 93.

[20] *Ibid.*, p. 92.

ce terme y est très précis, car, nous apprend M. Foucault, *«il fait allusion à toutes les formes de violence qui échappent à la définition rigoureuse du crime et à son assignation juridique : ce qu'il vise, c'est une sorte de région indifférenciée du désordre — désordre de la conduite, désordre des moeurs et de l'esprit — tout le domaine d'une rage menaçante qui apparaît en deça d'une condamnation possible. Notion confuse pour nous, peut-être, mais suffisamment claire pour dicter l'impératif policier et moral de l'internement. Enfermer quelqu'un en disant de lui que c'est un "furieux", et sans avoir à préciser s'il est malade ou criminel, c'est là un des pouvoirs que la raison classique s'est donné à elle-même, dans l'expérience qu'elle a fait de la déraison»*[21]. Mais de quelle manière se concrétise cet impératif de l'enfermement ?

Sur le plan juridique, la législation française dispose alors de deux mesures, l'une étant la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique qui permet d'emprisonner l'alcoolique auteur d'actes asociaux, l'autre étant la loi de 1838 sur l'internement des aliénés, qui assimile le buveur présentant des troubles du comportement à un fou, et ordonne de l'envoyer à l'asile. Ces deux modalités ont en commun l'aspect correctionnaire destiné à remettre l'alcoolique dans le droit chemin. *«L'internement, est destiné à corriger, et si tant est qu'on lui fixe un terme, ce n'est pas celui de la guérison, mais plutôt d'un sage repentir* [...]»[22]. L'incarcération procède de la même logique : *«La durée de la peine n'a de sens que par rapport à une correction possible et à une utilisation économique des criminels corrigés»*[23].

LA GUÉRISON ET LA RÉINSERTION DE L'*ALCOOLIQUE* : NAISSANCE D'UN MODÈLE MÉDICAL

A l'aube des années 1950 se dessine une ère nouvelle au cours de laquelle l'image de l'alcoolique se modifie, sans pour autant que le stigmate disparaisse. Progressivement, la définition sociale du buveur va céder la place à une description médicale, qui s'accompagne de la domination d'une logique thérapeutique et préventive. Cette profonde mutation trouve son explication dans le contexte économique et social de l'époque, ainsi que dans le contexte sanitaire et médical.

A la Libération de la France, en 1945, la consommation d'alcool connaît une recrudescence, qui fait suite aux années de rationnement imposé par le gouvernement de Vichy. La reprise économique s'amorce lentement, tandis que le pays est encore fragilisé. C'est un climat particulier qui s'instaure et qui perdurera jusqu'au milieu des années 1950, marqué notamment par une sensibilité nouvelle s'agissant du problème alcool. En effet, les pouvoirs publics prennent conscience des enjeux économiques et sociaux de l'alcoolisme. Sur le plan de l'économie, l'attitude de l'État face au produit alcool est ambiguë car la consommation d'alcool dans un pays est source de revenus, mais elle représente par ailleurs un coût incontestable en dépenses de santé et sur le plan humain, lequel constitue dans ces années d'après-guerre un précieux capital qu'il faut préserver. Sous le gouvernement de P. Mendès-France en particulier (1954-1955), l'alcoolisme se traduit en termes de dépenses inutiles que la nation ne peut tolérer. Ainsi, cette période de l'histoire se caractérise par un antialcoolisme d'État marqué par la prise de mesures restrictives[24] et par la création d'une instance officielle, le Haut Comité d'Etude et d'Information sur l'Alcoolisme, chargé de mener des études sur le sujet et de faire des propositions au gouvernement. La politique de P. Mendès-France se veut rénovatrice dans tous les domaines ; on le voit bien s'agissant de la lutte antialcoolique qui *«symbolise à la fois la volonté nouvelle, la méthode et les objectifs»*, l'essentiel de son action politique étant *«de rompre non*

---

[21] M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p. 125.

[22] *Ibid.*, p. 129.

[23] M. Foucault, *Surveiller et punir*, *op. cit.*, p. 125.

[24] Parmi ces mesures, les plus connues sont : le transfert aux sucreries des deux tiers de la production de betteraves destinées à la distillation, la distribution de lait dans les écoles, la limitation du privilège des bouilleurs de cru. Pour plus de détails cf. P. Mendès France, *Gouverner, c'est choisir. Sept mois et dix-sept jours*, Paris, Editions Julliard, 1955, p. 241-243.

seulement avec les pratiques, mais plus encore avec les idées du passé, et avec le sentiment d'impuissance et de déclin. Ce qui fut fait», écrit S. Hoffmann[25].

Ces années d'après-guerre se singularisent également par la prise de conscience d'une double image sociale de l'alcool[26]. Fortement présent dans les moeurs de notre société, et plus globalement, dans celles des sociétés occidentales, l'alcool — ou du moins l'abus d'alcool — constitue par ailleurs un danger pour la population dont elle commence à prendre conscience grâce à diverses actions de sensibilisation menées par des instances officielles comme le C.N.D.C.A. (Comité National de Défense Contre l'Alcoolisme, qui deviendra Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A.N.P.A.) en 1990), ou encore le H.C.E.I.A. cité plus haut. Si le fait de consommer des boissons alcooliques est associé à la convivialité, à la festivité, comme le suggère R. Barthes[27], l'alcoolisation est par ailleurs responsable de nombreux accidents, de la route, du travail, provoquant ainsi de multiples décès, dégâts ou maladies. Sous l'effet de l'émergence d'une sensibilité particulière au lendemain de la Seconde guerre mondiale, cette menace que font peser les buveurs sur la collectivité, mise en évidence de manière chiffrée à travers bon nombre de rapports[28], est largement dénoncée ; par exemple, dans le discours prononcé devant l'Assemblée nationale par M. Cordonnier, député et rapporteur de la Commission de la famille, de la santé publique et de la population, à l'occasion de sa présentation d'une proposition de loi concernant les alcooliques socialement dangereux. La dangerosité qu'entraîne l'abus d'alcool devient un des thèmes de l'action menée auprès de la population par le Comité national de défense contre l'alcoolisme. Il s'efforce de favoriser la production, la distribution et la consommation de jus de fruits, d'attirer l'attention des hommes politiques sur la nécessité de promulguer une loi fixant un taux légal d'alcoolémie dans le cadre de la sécurité routière, ou encore de montrer l'intérêt du dépistage de l'alcool au volant, notamment en cas d'accident de la circulation. En même temps que s'opère une prise de conscience des multiples aspects de l'alcoolisme, les pouvoirs publics manifestent un intérêt spécifique pour ce sujet et souhaitent prendre des mesures adéquates.

Le contexte médical et sanitaire contribue pour une large part à faire évoluer la représentation du buveur. En effet, la médicalisation de l'alcoolisme se concrétise dans les années 1950 grâce aux travaux de chercheurs, de cliniciens, de sociologues travaillant dans un contexte dépourvu de préjugés et de conception traditionnelle. Ainsi, la maladie alcoolique se définit par *«la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool»*[29], définition qui consacre la naissance du modèle médical. Sous l'effet de l'accentuation des progrès médicaux, de nouveaux moyens thérapeutiques voient le jour, comme notamment, le disulfirame ou l'antabuse[30], découverte révolutionnaire en provenance du Danemark. *«Dans la mesure où les effets spectaculaires* (délirium tremens) *sont considérablement atténués, l'alcoolisme tend à devenir dans l'opinion une véritable maladie* [...]. *L'alcoolique prend des "pilules", il est susceptible de guérir ; c'est donc bien un malade et l'alcoolisme est bien une maladie»*[31]. Simultanément, la personnalité du buveur est mieux cernée et différentes catégories sont mises au jour. Dans un premier temps, les buveurs sont distingués des aliénés ; un buveur peut présenter des troubles du comportement à la

---

25 S. Hoffmann, "Le confluent des modernités", *Pouvoirs*, n° 27, 1983, p. 34.

26 Pour plus de précisions sur l'ambivalence de l'alcool, cf. notamment F. Steudler, "L'image sociale de l'alcool", *Neuro Psy*, vol. 4, n° 5, mai 1989.

27 R. Barthes, *Mythologies*, Paris, Seuil, 1958.

28 Annexe n° 4788, session de 1948, 3ème séance du 30 juin 1948, documents parlementaires, *Assemblée nationale*, p. 1442.

29 P. Fouquet, "Alcoolisme et psychiatrie", *L'Evolution Psychiatrique*, T.II, avril-juin 1959, p. 6.

30 Utilisé dans les cures de sevrage, le disulfirame, commercialisé en France sous le nom d'Espéral, fonctionne comme une technique d'interdiction, dans la mesure où ce médicament combiné avec une prise d'alcool provoque des désagréments : sensation de chaleur, vomissements, tachycardie, ce dont le patient est informé.

31 J. Dublineau, B. Honoré, G. Ségur, "Sur quelques problèmes posés par le traitement des buveurs difficiles", *Revue de l'Alcoolisme*, T. III, n° 10, avril-juin 1955, p. 240-241.

suite d'une ivresse sans pour autant être malade mental. Ce type de buveur est appelé "buveur difficile". A l'intérieur de cette catégorie sont discernés les buveurs délinquants et non-délinquants, pour lesquels des mesures de placement spécifiques sont à prévoir[32].

La représentation de l'alcoolique, bien qu'elle laisse désormais la place à une conception médicale, est toujours associée à la notion de dangerosité, contre laquelle la société doit se protéger. Le stigmate est donc toujours bien présent, mais les années 1950-1954 constituent un tournant décisif en matière de lutte antialcoolique dans la mesure où la protection de la collectivité est abordée sous un angle nouveau. La logique répressive, qui était la pièce maîtresse du dispositif antialcoolique, est dorénavant doublée d'une logique thérapeutique et préventive.

Les progrès accomplis sur le plan médical, la mise en évidence des multiples facettes de l'alcoolisme, ont conduit à la prise de conscience, par l'État notamment, de l'inadaptation du dispositif législatif en matière de lutte antialcoolique, qui va déboucher sur une action politique visant à combler les lacunes. Cependant, la mise en évidence de l'inadéquation du dispositif antialcoolique a donné lieu à des frictions entre différents groupes de médecins. Les psychiatres, chargés par la Société de Médecine légale de rédiger des propositions pour une nouvelle action en faveur de la lutte contre l'intempérance[33], soutenus par certains hauts fonctionnaires — notamment Madame G. Poinso-Chapuis — qui souhaitaient l'édification d'une législation spéciale afin d'éviter *«de laisser aller les alcooliques jusqu'au délire alcoolique»*[34], se sont heurtés au conservatisme de certains psychiatres. En effet, ces derniers, que l'on pourrait qualifier d'aliénistes issus du cadre des asiles, isolés dans leur pratique, craignaient d'être privés d'une parcelle de leur champ professionnel par un groupe de psychiatres, adeptes de la reconstruction du champ de l'hygiène mentale, et *«d'être relégués au sein de renfermeries asilaires»*[35]. Un climat consensuel dans le milieu politique, souligné par le ministre de la Santé en personne, va permettre la naissance d'une nouvelle législation, celle du 15 avril 1954 concernant le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. P. Ribeyre déclarait le 3 mars 1953, lors de la séance à l'Assemblée nationale : *«Je tiens seulement à souligner devant l'Assemblée que c'est la sixième fois que des rapports sont présentés en commission sur ce grave sujet* [de l'alcoolisme], *et malheureusement, sans que la discussion définitive des propositions qu'ils contenaient ait jamais pu s'ouvrir. Je pense donc que nous pouvons aujourd'hui, dans cette atmosphère d'unanimité, voter très rapidement l'ensemble de ces dispositions.* [...] *Dans ces conditions, le ministre de la Santé publique et de la population ne peut que se féliciter de voir cette discussion s'ouvrir»*[36]. Cette loi a été précédée de travaux préparatoires dont les premiers ont été rédigés en 1940, mais la Seconde guerre mondiale a effacé ces préoccupations qui étaient le fait d'un petit groupe d'experts. A la Libération, la question de l'alcoolisme étant à nouveau au goût du jour, les réflexions des spécialistes ont commencé à être prises en compte. Mises à part certaines résistances manifestées par les lobbies du milieu vinicole et par le groupe communiste, le vote de la loi du 15 avril 1954 s'est déroulé dans une atmosphère quasi unanime.

---

[32] C. Thiry-Bour, *op. cit.*, p. 35-38.

[33] Les travaux préparatoires de la loi du 15 avril 1954 ont été menés au sein de la Société de Médecine légale qui souhaitait proposer de nouveaux moyens d'action en faveur de la lutte antialcoolique. Une commission a été créée autour des docteurs Abely, Claude, Hamel, Heuyer, Lauzier, Mignot et Dublineau, tous psychiatres et a été chargée d'ériger une nouvelle législation antialcoolique. Cf. J. Dublineau, "Placement, rééducation et surveillance des buveurs", *Annales de Médecine légale*, n° 1-2, janvier-février 1943, p. 79-91, J. Dublineau, "Projet d'une législation antialcoolique", *Annales Médico-psychologiques*, T. I, janvier 1946, p. 23-38.

[34] Traitement des alcooliques dangereux pour autrui, discussion d'une proposition de loi, 1ère séance du 3 mars 1953, Assemblée nationale, p. 1532.

[35] J. B. Wojciechowski, "Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiènisme", *Regards Sociologiques*, n° 11, 1996, p.Ê103.

[36] Traitement des alcooliques dangereux pour autrui, *op. cit.*, p. 1536.

L'esprit novateur du dispositif réside dans l'instauration d'une filière thérapeutique, qui vient se juxtaposer à la filière coercitive. Ainsi, la législation prévoit dans un premier temps de persuader le buveur représentant un danger potentiel pour autrui de se faire soigner avant même qu'il ait eu le temps de commettre un délit quelconque. *«L'originalité de cette législation est de permettre à l'autorité sanitaire de se saisir de l'alcoolique qui n'est ni délinquant, ni dément, pour l'amener à se faire traiter et instaurer un suivi thérapeutique. Elle se propose d'intervenir précocément dans le processus criminogène, pour protéger la société, par une action préventive et éventuellement curative, plutôt que répressive»*[37]. Toutefois, si le buveur se soustrait à l'autorité sanitaire et s'il refuse tout traitement, alors intervient le volet répressif prévu par la loi, c'est-à-dire, le placement d'office, par l'autorité sanitaire, dans un établissement de soins.

Cette mesure nous conduit à l'autre innovation de la législation de 1954, qui spécifie la création de centres de rééducation exclusivement destinés aux buveurs, *«ayant pour but la désintoxication des alcooliques, leur rééducation, et l'isolement de ceux d'entre eux qui constituent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui»*[38]. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire de la lutte antialcoolique, un espace thérapeutique est spécialement conçu pour le buveur, consacrant de la sorte sa reconnaissance en tant que malade nécessitant un traitement assorti d'une rééducation. Ce concept est nouveau et témoigne d'une évolution considérable : à la mise à l'écart pratiquée jusqu'alors, s'oppose une volonté de réinsertion rapide dans le milieu social (exception faite des individus très atteints). Ce principe de réadaptation n'est pas propre à la prophylaxie de l'alcoolisme, on le retrouve également dans la prise en charge du handicap[39]. La rééducation constitue le principe organisateur de ce nouvel espace thérapeutique, qui, selon le texte de la loi, doit être situé *«en pleine campagne et au milieu, si possible d'une exploitation agricole»*. Quant au fonctionnement de ce type d'établissement destiné à accueillir les patients volontaires et ceux dont le placement a été ordonné par le tribunal, il est centré, outre les aspects médical et psychothérapeutique, sur l'activité : *«Un peu d'hébertisme, après une première et courte période d'alitement et de repos complet, ne serait pas superflu* [...]. *C'est précisément le rôle de l'ambiance éducative de réaliser cette gageure : donner au sujet le sens de la vie libre à l'intérieur d'un système clos.* [...]. *Quant au travail — obligatoire —, il sera à prédominance rurale, mais non exclusivement»*[40]. L'organisation de ce lieu de soins est calquée à la fois sur le modèle de l'asile, sur celui s'inspirant de la Nature et de l'activité physique. Tout comme l'asile, le centre de rééducation constitue *«un monde fermé, clos, séparé de l'extérieur par des obstacles : murs, fossés»*[41]. Par ailleurs, nous retrouvons dans le centre de rééducation le modèle s'inspirant de la Nature, qui voit le jour au début du XXe siècle, et dans lequel *«la vie dans un espace rural, au contact des forces de la nature, auprès des animaux, réglée par un travail dans le potager ou dans les champs* [...] *apparaît comme une situation thérapeutique idéale»*[42]. Enfin, la pratique de l'activité sportive et de l'artisanat en vue d'une meilleure réadaptation des malades constitue le principe organisateur de l'après Seconde guerre mondiale. Simultanément, la thérapie de l'alcoolique, qui se veut à la fois médicale, éducative et psychothérapeutique, suscite l'intervention *«de toute une armée de techniciens»*[43] : médecins, psychiatres, éducateurs spécialisés, psychologues. La lutte contre l'alcoolisme, en se professionnalisant, prendra une nouvelle orientation qui va profondément modifier la représentation de l'alcoolique.

---

[37] A. et P. Hivert, "La loi du 15 avril 1954, loi de protection sociale", *L'Info Psy*, vol. 51, n° 5, mai 1975, p. 529.

[38] Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, *Journal Officiel*, 21 avril 1954.

[39] S. Ebersold, "La notion de handicap : de l'inadaptation à l'exclusion", *Regards Sociologiques*, n° 1, 1991, p. 71.

[40] J. Dublineau, "Placement, rééducation et surveillance des buveurs", *art. cit.*, p. 86.

[41] Ch. de Montlibert, "La production sociale de l'espace construit : de l'asile au secteur psychiatrique", *Regards Sociologiques*, n° 2, 1991, p. 62.

[42] *Ibid.*, p. 71.

[43] M. Foucault, *Surveiller et punir, op. cit.*, p. 17.

AVEC L'ÉMERGENCE DU *BUVEUR EXCESSIF* L'ALCOOLIQUE CHANGE DE VISAGE

Cette logique professionnelle qui tend à se mettre en place s'accompagne d'un effacement progressif du stigmate que porte l'alcoolique. Dans les années 1960, la production de nouveaux événements va accroître cette tendance déjà bien amorcée. De nombreux chercheurs appartenant à différentes disciplines comme la sociologie, la démographie, l'économie, l'histoire, ..., entreprennent des travaux sur le sujet de l'alcoolisme faisant ainsi progresser les connaissances. L'alcoolisme n'apparaît plus comme un problème exclusivement médical, il est bien plus complexe que cela dans la mesure où interviennent des données économiques, psychologiques, sociologiques, démographiques. La définition médicale de l'alcoolisme est jugée trop réductrice, car il apparaît de plus en plus évident que *«l'existence des alcoolopathies est un fait constitutif du comportement humain, à une époque donnée, dans une civilisation donnée. Elles ont avant tout une signification sociale et appartiennent fondamentalement au domaine des sciences sociales, très secondairement à la science médicale»*[44]. Cette définition élargie de l'alcoolisme a eu pour effet d'irriter certains médecins. En effet, les chercheurs en sciences humaines commençaient à s'intéresser de très près à un terrain d'étude "porteur", celui de la santé. Or, celui-ci était jusqu'alors investi par le corps médical et par les chercheurs appartenant aux sciences "exactes", d'où la désapprobation manifestée par ces médecins face à ce qu'ils interprétaient comme une remise en question de leur légitimité. Mais, d'un autre côté, les chercheurs en sciences humaines ont noué des alliances avec des médecins, dits alcoologues, sensibles aux contributions qu'apportaient les sciences sociales à la science médicale, en particulier à la maladie alcoolique. C'est dans ce climat, marqué par un processus d'hétérogénéisation au sein de la profession médicale, que l'alcoologie a vu le jour. Cette nouvelle discipline s'articule autour de trois pôles : l'individu, considéré dans une perspective globale, en constante évolution, porteur d'un équipement donné au départ, possédant un passé et une situation qui lui est propre, appartenant à une certaine catégorie socioprofessionnelle, le produit alcool, et le milieu, c'est-à-dire, l'ensemble des facteurs socioculturels et économiques exerçant leurs influences directes ou indirectes sur l'individu[45]. En élargissant ainsi les composantes de la maladie alcoolique, l'approche que propose l'alcoologie conduit à une diversification des acteurs et des institutions susceptibles d'intervenir dans la lutte antialcoolique.

Les différentes enquêtes portant sur l'évaluation de l'alcoolisme en milieu professionnel indiquent une fourchette variant de 10 à 20%. Ainsi, la médecine du travail, sensibilisée, s'efforce de mettre en place des mesures de prévention, de dépistage et de soins de l'alcoolisme. Cette action, qui a démarré vers le milieu des années 1960, a eu pour conséquence le dépistage d'un nombre important de buveurs encore faiblement alcoolisés pouvant être rapidement soignés. Dès lors, un pas considérable est franchi, car, écrit J. Godard, un médecin du travail, *«jusqu'à une époque toute récente* [...] *seuls les alcooliques ayant une forte prédominance de troubles psychiques furent vus à des stades relativement précoces, et naturellement, par des psychiatres. Cependant que les malades à prédominance organique, digestive ou neurologique, qui dans des pays ayant une forte consommation de vin comme le nôtre, sont les plus nombreux, n'étaient soignés qu'à l'apparition de syndromes bien identifiés, tels que cirrhoses, polynévrites, psychoses, qui ne sont en fait que des complications tardives, et souvent incurables, d'une maladie dont le début remonterait à de nombreuses années»*[46]. En mettant l'accent sur le dépistage précoce des buveurs, qui s'inscrit dans un courant de gestion prévisionnelle [des

---

[44] R. Malka, P. Fouquet, G. Vachonfrance, *Alcoologie*, Paris, Masson, 1983, p. 3.

[45] P. Fouquet, "Alcoologie : l'écosystème individu-alcool", *Vie Médicale*, n° 14-15, 1983, p. 657-658.

[46] J. Godard, "Pourquoi les Centres d'Hygiène Alimentaire ?", *La Santé de l'Homme*, mai-juin 1978, p. 36.

risques], comme le nomme R. Castel[47], les médecins du travail soulèvent la question de la prise en charge de ces personnes non dépendantes, ne présentant pour le moment aucun trouble organique et encore moins psychique.

Indirectement, c'est la compétence des psychiatres à soigner ce type de buveur excessif qui est remise en cause. P. Fouquet écrit à ce sujet : *«Il est vrai que le polymorphisme des alcoolopathies est tel qu'une large fraction des alcooliques échappe totalement à l'observation psychiatrique»*[48]. Les mouvements d'anciens buveurs vont également contribuer à souligner ce fait. En effet, les groupes néphalistes, qui ont de plus en plus d'influence dans la lutte antialcoolique grâce au soutien que leur apportent les alcoologues, se montrent hostiles à l'hospitalisation des buveurs en milieu psychiatrique. Se sentant épaulés, les alcooliques eux-mêmes font part de leur répugnance à se faire traiter dans les lieux de soins de la folie qui leur paraissent trop connotés, et où ils ne s'intègrent pas. Comme le montre J. Rainaut, *«dans l'hôpital psychiatrique, l'alcoolique est toujours un autre un peu particulier à qui on demande surtout de ne pas gêner* [...]. *Vécue subjectivement par les alcooliques, l'admission dans un hôpital psychiatrique est en général détestée et souvent refusée* [...]»[49]. J. C. Stoloff explique à ce sujet : *«L'alcoolique aime à s'opposer au malade mental. Il ne supporte pas d'être dans la salle d'attente à ses côtés. A l'hôpital psychiatrique, on a pu remarquer son adresse à utiliser les défauts institutionnels, comment très vite, il se range du côté des soignants, en exécutant divers travaux ménagers de cuisine et d'entretien»*[50]. *«Nous ne sommes pas fous, disent les buveurs, nous voulons être soignés ailleurs que dans les lieux* [de soins] *de la folie»*, rapporte L. Bénichou[51].

L'évolution de la législation routière dans le sens du dépistage de l'alcoolémie en vue d'une diminution des accidents de la circulation contribue, elle aussi, à la désignation des buveurs excessifs, qui nécessitent une prise en charge d'un autre genre que celle proposée par l'institution psychiatrique. Une série de textes officiels concernant, notamment, la recherche d'alcoolémie en cas d'accident de la circulation (loi du 18 mai 1965), l'instauration d'un taux légal d'alcoolémie fixé à 0,80 gramme (loi du 9 juillet 1970), la généralisation du dépistage de l'alcoolémie par l'air expiré à titre préventif (loi du 12 juillet 1978), aboutit à l'accroissement de la fréquentation des structures de traitement et de prévention de l'alcoolisme qui, bien qu'elles ne soient pas adaptées aux besoins des buveurs excessifs, arrivent à saturation. La collaboration entre les commissariats de police et les dispensaires d'hygiène mentale de secteur s'intensifie dans certains départements, comme en témoigne le docteur E. Aujaleu, directeur général de la Santé : *«On doit citer le travail excellent qui s'effectue* [...] *dans le département de la Seine grâce au fait que les commissariats de police signalent désormais au dispensaire d'hygiène mentale du secteur, les sujets qui leur sont connus pour fait d'ivresse. Grâce à ce système, la prise en charge du cas par l'équipe médico-sociale du secteur permet immédiatement l'instauration d'un traitement. Par de telles solutions dont les exemples pourraient être nombreux, il est à penser qu'une prévention efficace des perturbations apportées à la vie sociale par les alcooliques pourra être réalisée dans les années qui viennent»*[52].

L'action combinée des médecins du travail, des mouvements d'anciens buveurs, des alcooliques et de la sécurité routière a eu pour

---

47 R. Castel, *La gestion des risques*, Paris, Editions de Minuit, 1981, p. 115.

48 P. Fouquet, "Alcoologie : mythe ou réalité ?", *Alcool ou Santé*, n° 1, p. 8.

49 J. Rainaut, "Alcoolisme et hôpitaux psychiatriques", *Revue de l'Alcoolisme*, T. XX, n° 1, janvier-mars 1974, p. 38-39.

50 J. C. Stoloff, "Alcoolisme, médecine et groupes d'anciens buveurs", *L'Info Psy*, vol. 50, n° 3, mars 1974, p. 275.

51 L. Bénichou, "Prise en charge psychiatrique et prise en charge alcoologique des alcooliques", 34ème congrès CIPAT, Calgary, Canada, 1985, p. 280.

52 E. Aujaleu, L. Mamelet, "Etat actuel de l'application de la loi du 15 avril 1954 et perspectives d'avenir", *Revue de l'Alcoolisme*, n° 1, T. VIII, janvier-mars 1962, p. 34.

résultat, d'une part, de révéler l'inadéquation du dispositif psychiatrique à une certaine catégorie de buveurs, fort nombreuse, d'autre part, de contribuer à la nécessité de développer un "cadre institutionnel spécifique" à la prise en charge de l'alcoolisme insistant sur le dépistage précoce. Le vide institutionnel ainsi mis au jour allait devoir être comblé. Mais surtout, la nouvelle orientation de la lutte antialcoolique, qui va de pair avec la perte progressive du contrôle exercé par l'institution psychiatrique, a eu un profond retentissement sur la perception de l'alcoolique. Une sorte de banalisation s'est produite, comme l'exprime J. Dublineau, *«l'alcoolique dangereux change d'image. Ce n'est plus la brute avinée classique, ou le névrosé gravement intolérant à la boisson, c'est un nouveau type d'individu. Surpris, sinon choqué de s'entendre étiqueter "dangereux", ce type* [...] *devait constituer une nouvelle génération d'alcooliques* [...]»[53]. Ainsi, le buveur appartient désormais à un autre registre. A la conception de l'alcoolique dangereux, aliéné, délinquant ou asocial se substitue la représentation du buveur excessif qui sommeille en chaque individu. La "perceptibilité" du stigmate s'atténue[54], mais sa représentation s'élargit.

LA BANALISATION DU *BUVEUR* GRÂCE AU DÉPISTAGE PRÉCOCE S'ACCOMPAGNE D'UNE DILUTION DES LIEUX DE SOINS DANS LA CITÉ

La tendance visant à dépister le plus tôt possible les problèmes d'alcool, amorcée à la fin des années 1960, se poursuit dans la décennie 1970. Afin de mener à bien cette opération de dépistage précoce de l'alcoolisme auprès d'une population ne présentant pas de symptômes majeurs, il est nécessaire de trouver le bon angle d'approche du sujet. Le docteur P. M. Le Gô, médecin du travail à la S.N.C.F. a montré à travers plusieurs travaux reposant sur son expérience professionnelle[55], que la notion d'hygiène alimentaire apparaissait bien adaptée au buveur excessif car elle permettait d'aborder la question de la boisson à l'intérieur d'un cadre global et neutre. Il s'agit de susciter une prise de conscience des dangers que représente l'alcoolisme et de donner les moyens à la population d'y parer en leur apprenant à équilibrer leur alimentation, tant solide que liquide. Sachant que 80% des buveurs sont victimes d'erreurs alimentaires, la nécessité d'éduquer les individus pour mieux les responsabiliser est impérative : *«Boire est lié à la façon de s'alimenter et boire trop d'alcool peut être considéré comme une erreur alimentaire. Rationaliser l'alimentation est un élément de culture et de progrès qui exige connaissance et conscience, et constitue une étape indispensable à toute lutte antialcoolique qui se voudra efficace»*, écrivait un médecin dans les années 1960[56]. Tandis que l'éducation pour la santé est en plein essor dans les années 1970, des médecins envisagent l'information du public dès le plus jeune âge : *«A l'école primaire, des notions solides d'hygiène alimentaire constitueraient les bases d'une véritable éducation nutritionnelle* [...]. *Le public doit être mieux informé qu'il ne l'est à l'heure actuelle des principes d'une hygiène alimentaire correcte. La mise à la disposition des travailleurs de boissons non alcoolisées constitue un apport très important à la lutte contre l'alcoolisme»*[57]. Ce mouvement éducatif prend racine dans l'action hygiéniste entreprise à la fin du XIXe siècle, qui visait "l'encadrement de la vie sociale". Devant les obstacles qui se sont dressés face à ce projet, les héritiers du courant hygiéniste au siècle suivant ont tenté d'institutionnaliser la santé à travers la créa-

---

53 J. Dublineau, "La préparation et le vote de la loi du 15 avril 1954", *art. cit.*, p. 523.

54 E. Goffman, *Stigmate*, Paris, Editions de Minuit, 1975, p. 65.

55 Cf. P. M. Le Gô, "A propos de la lutte contre l'alcoolisme dans une grande collectivité de travail", Séance du 4 avril 1967, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 131ème année, 3ème série, T. 151, 1967, p. 199-200.

56 D. Amiot, *Alcoolisme et diététique : contribution à l'étude des rapports entre l'alcooloconsommation et les habitudes alimentaires*, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Strasbourg, Université Louis Pasteur, 1966, p. 110.

57 H. Gounelle, M. Astier-Dumas, "L'alcoolisme, maladie alimentaire", *La Santé de l'Homme*, n° 171, janvier-février 1971, p. 22.

tion d'organismes chargés d'éduquer la population, citons l'Office national d'hygiène sociale, la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle, le Comité national de lutte contre la tuberculose, la Ligue française d'hygiène mentale, le Comité national de défense contre l'alcoolisme. Mais le développement de l'éducation pour la santé est à nouveau compromis au lendemain de la Seconde guerre mondiale en raison de l'instabilité politique qui règne alors. De plus, différentes approches de la santé donnent lieu à des rapports de force entre les professionnels de la santé. Une nouvelle conception de l'éducation sanitaire émerge, mettant l'accent sur la conservation de la santé, plutôt que sur la guérison de la maladie, d'où l'apparition d'actions multiples à visée préventive[58].

Cette approche de la maladie alcoolique en termes d'erreur alimentaire trouve un écho favorable auprès des pouvoirs publics qui souhaitent créer une structure légère, souple, afin de répondre aux besoins des buveurs excessifs qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Un premier pas décisif est franchi en 1970 lors de la création, à titre expérimental, de consultations d'hygiène alimentaire. Puis, par une circulaire du 31 juillet 1975, S. Veil, alors ministre de la Santé, institutionnalise les Centres d'Hygiène Alimentaire (C.H.A.), petites structures ambulatoires chargées du dépistage, de l'accueil et de l'écoute des buveurs excessifs. L'apparition de cette nouvelle structure, qui répond certes à un besoin et à une volonté politique, n'a pas été sans provoquer de remous dans le milieu médical, et en particulier, dans le milieu psychiatrique, qui s'est senti dépossédé de sa compétence à soigner tous les alcooliques. En effet, bon nombre de buveurs trouvant leur compte dans la prise en charge que proposent les C.H.A., échappent ainsi aux psychiatres, qui ne soignent désormais que les cas spécifiques d'alcoolisme associé à une pathologie mentale. Ainsi, la stigmatisation de l'alcoolique s'atténue à mesure que la lutte antialcoolique est extraite du giron de la psychiatrie. Cette banalisation du buveur s'accompagne d'un mouvement de dilution des lieux de soins dans la cité. Les Centres d'Hygiène Alimentaire, qui, depuis la circulaire du 15 mars 1983, peuvent prendre la dénomination de Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie, sont des structures de proximité, pouvant être implantées en ville, aussi bien dans une cité H.L.M. que dans un quartier résidentiel[59].

L'effacement du stigmate que porte l'alcoolique ne s'est pas produit au moment de l'émergence du modèle médical, dans les années 1950, mais plus tardivement. La lutte antialcoolique, bien qu'ayant connu une évolution considérable en envisageant la thérapie de l'alcoolique, faisait toujours de lui un être à part, dangereux, suscitant un sentiment de peur et un besoin de protection. L'apparition de l'alcoologie a permis une autre approche de l'alcoolisme, plus centrée sur le sujet et ses souffrances, relativisant ainsi la protection de la collectivité. Le dépistage précoce du buveur dans le milieu professionnel, dans le cadre de la sécurité routière, a largement contribué à estomper la visibilité du stigmate — même si la notion de danger subsiste toujours — : le buveur apparaît comme un individu ordinaire abusant tantôt de la boisson. Cela dit, si la stigmatisation du buveur s'est atténuée depuis le XIXe siècle, elle n'a pas pour autant complètement disparu : l'alcoolisme reste malgré tout impopulaire.

---

[58] L. Tondeur, F. Baudier, *art. cit.*, p. IV-V ; cf. également A. Rauch, *Histoire de la santé*, Paris, P.U.F., "Que Sais-je ?", 1995.

[59] Concernant le fonctionnement de la structure C.H.A.A., cf. notamment F. Steudler, C. Thiry-Bour, "Les Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie : genèse et fonctionnement", *Cahier du Cress*, n° 1, 1996, Actes de la journée d'études du 2 décembre 1994, p. 36-57.