



**HAL**  
open science

## Qualifier en politique : l'exemple du problème alcool

Henri Bergeron

► **To cite this version:**

Henri Bergeron. Qualifier en politique : l'exemple du problème alcool. Santé Publique, 2008, 20 (4), pp.341 - 352. 10.3917/spub.084.0341 . hal-02530941

**HAL Id: hal-02530941**

**<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-02530941>**

Submitted on 16 Apr 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Qualifier en politique : l'exemple du problème alcool Henri Bergeron (1)**

### **Introduction**

Le titre du dernier congrès de la Société française de santé publique – « Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ? » – ne laisse pas de contenter les sociologues et les politistes. De manière générale, en effet, la décision publique, entendue comme acte de choisir entre des options qui concernent la vie ou le devenir d'une collectivité humaine, est par nature un acte politique. Or, une acte politique est nécessairement un acte d'arbitrage entre des valeurs et des intérêts si ce n'est divergents, du moins non forcément compatibles.

Cela est particulièrement vrai en matière de santé publique ; agir sur les états de santé des populations n'est pas en soi légitime : la décision publique en matière de santé implique, comme le souligne fort justement Albert Ogien, « une certaine ingérence dans la vie privée » [20]. Dans ce numéro, Didier Tabuteau nous le rappelle de manière extrêmement claire : la tension entre respect des libertés individuelles et besoin de sécurité collective marque de son empreinte la plupart des décisions publiques en matière de santé.

Autrement dit, et nous en revenons à notre contentement initial, décider en santé publique, c'est nécessairement décider sous contrainte, dans le cadre de multiples obligations qu'imposent le jeu politique et les normes démocratiques, et c'est évidemment négocier, échanger, convertir, transférer et laisser participer. Le titre de ce colloque eut pu ainsi être l'un de ceux de l'Association française de science politique.

Étudier l'économie de ces échanges politiques et sociaux autour des questions de santé, pour comprendre ce qu'ils produisent en termes de politique publique, c'est se pencher plus particulièrement sur deux moments historiques, que l'on sépare pour les besoins de l'analyse, mais qui, dans le feu de l'action historique, sont le plus souvent entremêlés : le moment de la définition du problème public et le moment de la décision sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire sur le sujet. En effet, pour les sociologues, un problème de santé publique n'est pas nécessairement un problème public, qui s'imposerait à la collectivité et aux autorités publiques dans la transparence de sa gravité. Pour eux, un problème public de santé publique est le résultat d'un processus qui associe ou oppose, de manière inégale et parfois arbitraire, de nombreux acteurs aux motivations et aux logiques contrastées : scientifiques, épidémiologistes, médecins, responsables administratifs et politiques, mais également profanes, patients, victimes, etc. Et c'est au terme d'une véritable « compétition politique », qu'un problème de santé publique parvient à s'établir comme problème public, et que se fait ainsi reconnaître la légitimité d'une responsabilité sociale et la nécessité d'une intervention publique. Or, c'est une évidence : tous les problèmes de santé publique ne connaissent pas un destin de problème public. Tous n'accèdent pas au statut disputé de problème inscrit sur l'agenda politique.

---

(1) Sociologue au Centre de sociologie des organisations – CNRS – Sciences Po/Coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po. CSO-CNRS 19, Rue Amélie, 75007 Paris.

Mais faire reconnaître un problème comme un problème public n'éteint pas la compétition politique pour autant, et nous en venons là au deuxième moment historique qui intéresse les sociologues de l'action publique. Décider ce qu'il convient de faire ou ne pas faire pour résoudre ou réduire les problèmes ainsi reconnus dans l'espace public s'inscrit tout autant dans l'ordre du politique : la décision d'élection des moyens qui seront finalement mis en œuvre révèle les rapports de pouvoir et de sens qui structurent un champ social à un moment historique donné. La décision d'agir n'est pas le résultat mécanique d'une évaluation simplement technique. Décider ce que sera la solution mise en œuvre, c'est désigner des experts, choisir des professionnels, favoriser une discipline ou des institutions, redistribuer des moyens et des ressources d'un segment de la société à un autre, c'est confier un mandat à certains professionnels et en subordonner d'autres, etc., bref autant d'opérations au caractère proprement politique.

Il s'agit, dans cet article, d'illustrer ces propos un peu abstraits et, peut-être un peu convenus, sur les décisions publiques en nous penchant plus particulièrement sur le cas des problèmes liés à l'usage de l'alcool en France et à leurs conséquences sur la santé des français<sup>(2)</sup>. Quand on se penche sur la littérature sociologique qui a travaillé la question des politiques de l'alcool, on se rend aisément compte que certaines dimensions, au demeurant tout à fait pertinentes, ont été particulièrement explorées. Ainsi, à écouter nombre de sociologues et d'acteurs du champ de l'alcool sur les raisons qui, selon eux, permettent d'expliquer le retard de l'avènement d'une véritable politique de santé publique en matière de consommation d'alcool en France (et si tant est qu'elle existe aujourd'hui), on forme rapidement le récit de professionnels de santé isolés, longtemps défaits ou freinés dans leur combat pour une politique de santé publique, par une alliance au pouvoir inégalé dans d'autres champs (comme dans celui du tabac par exemple) entre des industriels redoutablement organisés et de puissants élus politiques. Sans parler de la notion de culture française, en son sens agricole et en celui qui désigne le style de vie des français, notion qui est abondamment convoquée, sans autre détail le plus souvent, dans un rôle de variable explicative principale. Certainement : on le dit, on l'écrit et il est difficile de nier que ces hypothèses aient une certaine valeur explicative.

Mais c'est aussi faire un peu vite cas d'autres éléments d'explication, dont nous voulons ici parler. Nous souhaitons ainsi évoquer plus particulièrement le rôle qu'a joué dans l'histoire de la politique de l'alcool, ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler la société civile, et qui peut prendre différentes formes, associations de patients ou d'usagers ou de proches, associations de victimes ou de tout autre membre de la société civile qui se sentent investis d'une mission de défense de la collectivité. Nous voudrions également nous pencher sur le rôle des professionnels, spécialistes ou non, dans pareille histoire. Parcourir l'histoire de la participation des professionnels et des membres de la société civile à la politique de l'alcool en France nous paraît être, en effet, l'occasion d'explorer des dimensions peut-être moins

(2) Les propos qui suivent doivent beaucoup aux excellents travaux de Dargelos, Cattacin et Lucas, Robert mais surtout à ceux de Berlivet dans lesquels nous avons abondamment puisé pour préparer cet article.

connues de l'histoire du champ et de constituer des pistes de réflexions sur le rôle de l'expertise dans la formation et la mise en œuvre de politiques de santé publique.

Après avoir rapidement tracé les contours de ce que fut la mobilisation contre le fléau alcool du milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle jusqu'aux années 1980, nous nous arrêterons quelques instants sur l'emblématique loi Évin. En conclusion, nous esquisserons les possibles enseignements sociologiques qui s'autorisent de pareil détour historique.

## **De la dégénérescence héréditaire aux périls démographiques**

En relisant certains des travaux qui se sont intéressés à la question (ceux de Berlivet [5-10], de Cattacin et Lucas [13], et de Dargelos [14] en particulier), l'on peut repérer trois grandes opérations de qualification/requalification des problèmes liés à l'alcool depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle.

La première qualification de l'alcool comme problème public est celle des mouvements de tempérance dans une perspective essentiellement morale. Au tout début, en effet, les prémisses d'une politique de l'alcool, en France sont à chercher dans des préoccupations d'ordre public : la France décide d'une solution dite de « régulation minimale du problème alcool » [13]. La prison et l'asile d'aliénés sont désignés comme les institutions chargées d'accueillir ceux qui troublent l'ordre public. Bien évidemment, cette politique se veut principalement respectueuse des intérêts des producteurs d'alcool et les mesures de limitation de l'offre et de la demande d'alcool (l'introduction d'un système de licence pour la vente, la restriction du nombre de débits de boissons, l'adoption d'une limite d'âge pour l'achat ou encore par la criminalisation de l'ivresse publique et l'internement forcé) sont plus « symboliques qu'effectives » [13].

Cette politique molle de régulation minimale est aussi une concession nécessaire à l'activisme croissant des Ligues, qui s'établissent à cette époque pour lutter contre différents fléaux sociaux : la tuberculose, les maladies vénériennes et l'alcoolisme. Après la découverte du bacille de Koch, en 1882, la maladie, en effet, « devient l'objet d'une entreprise de moralisation autant que d'une lutte strictement médicale » [1]. On établit une imputation causale entre le manque d'hygiène des classes populaires et la maladie, manque d'hygiène qui est lui-même le signe de leur déchéance morale. Il est remarquable que ceux qui se saisissent du problème sont, à cette époque, essentiellement les mouvements de tempérance, d'émanation bourgeoise, des groupes d'entraide et des organisations religieuses, même s'ils sont liés à des médecins (cf. le cas de la Ligue).

Toutefois, le sentiment d'une responsabilité sociale sur les problèmes de l'alcool n'est encore guère unanimement partagé. C'est la peur d'une contagion généralisée qui mobilise en ces premières années de combat. L'association de la cause antialcoolique aux luttes contre la tuberculose ou la syphilis témoigne de cette préoccupation première pour des fléaux qui menacent la « bonne » natalité, condition de la reproduction de l'ordre social [14].

Le deuxième mouvement de qualification du problème alcool, parallèle au premier, est un mouvement plus manifeste de médicalisation. D'un point de vue scientifique, aux côtés des premières tentatives de médicalisation de l'alcoolisme, dont les travaux de Magnus Huss sont emblématiques, ce sont les impasses de l'anatomoclinique dans l'étiologie des maladies mentales, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, qui va pousser à l'élaboration d'une théorie de la dégénérescence, laquelle théorie dominera jusque dans l'entre-deux-guerres [14]. L'ouvrage de Benedict-Auguste Morel (1809-1873), *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* sera le livre rouge documentant l'existence de ces « dégénérés héréditaires ». Cette prédisposition morbide héréditaire s'aggraverait en se transmettant de génération en génération jusqu'à ce que se forme un « dégénéré », devenu malade mental, qui ne peut plus se reproduire [14]. On a là la première tentative de qualification scientifique de l'alcoolisme qui lie la pathologie et sa possible progression au destin de la collectivité. Le traitement n'existant guère, ce sont, en ces années-là, les mesures de prophylaxie qui sont vantées comme la solution la plus appropriée, dont l'interdiction de l'absinthe en 1915 est la figure la plus marquante.

Les médecins se désintéressent de cette pathologie car il n'existe pas de moyen d'y faire fructifier un savoir-faire particulier et d'affirmer sa juridiction. On ne fait pas carrière dans l'alcoolisme, contrairement, à la bactériologie clinique qui se constitue vite en spécialité reconnue et qui permet aux médecins s'étant investis sur la tuberculose de trouver les débouchés et les signes de noblesse qu'ils ne trouveront pas dans le champ de l'alcoolisme. Les lois Bourgeois et Honnorat de 1916 et 1919, qui rendent obligatoire l'ouverture des dispensaires antituberculeux et des sanatoriums départementaux, signent ce processus d'institutionnalisation d'une spécialité que la création de la chaire de clinique de la tuberculose à l'hôpital Laennec en 1928 viendra parachever [14].

Cette médicalisation de l'approche de l'alcoolisme, bien qu'inachevée et imparfaite puisqu'elle ne donne guère naissance à un champ professionnel spécialiste, doté de moyens, d'institutions et d'expertise clairement identifiés et reconnus, signe cependant le début du progressif déclin de l'influence des mouvements associatifs de tempérance dans la politique de l'alcool. Il faut dire également que le « programme économique de reconstruction nationale mis en place par l'État après le premier conflit mondial ne bénéficie pas aux ligues antialcooliques, qui perdent une part importante des subsides qui leur étaient jusque-là accordés » [13]. Plus encore, la politique de l'après-Pre-mière Guerre mondiale est largement favorable aux industries viticoles et est créé « un comité national de propagande en faveur du vin placé directement sous la tutelle du ministre de l'Agriculture » [14]. Il faut écouler les stocks accumulés pendant la guerre.

Le troisième mouvement de requalification du problème alcool est celui que désigne Berlivet sous le nom de « moment populationniste de l'antialcoolisme » [10], lequel moment débute dans les années 20, s'intensifie dans les années 50 pour s'étioler quelques années après. Il présente trois caractéristiques principales [10].

Si les premières mobilisations contre l'alcool étaient celles de philanthropes et de rares scientifiques intéressés à la chose, ce sont les mouvements de tempérance qui ont longtemps joué un rôle d'opérateur majeur, et en particulier la Ligue. À partir des années 30, et de manière encore plus manifeste au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'antialcoolisme devient un « antialcoolisme d'État » [10] même si la référence scientifique est toujours importante et que ceux-ci conseillent l'État sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire en la matière. Apparaissent sur la scène publique de la lutte antialcoolique des démographes, quelques médecins, et des économistes, nouveaux experts qui maîtrisent les rouages des arènes politiques et administratives et dont l'action va contribuer à saper plus encore l'influence de la Ligue. Avec la création de l'INED (1946) et, puis, un peu plus tard, du Haut Comité d'Études et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) en 1954 par Pierre Mendès-France, la préoccupation antialcoolique est représentée pour la première fois de façon permanente au sein de l'appareil d'État [10].

La deuxième caractéristique de cette période, est l'incorporation de l'antialcoolisme dans une perspective plus manifestement populationniste. Cette incorporation ne constitue pas, au début, une rupture radicale et nette avec le schème de la dégénérescence héréditaire, qui a longtemps dominé la pensée de l'alcoolisme et qui lui aussi liait lutte contre l'antialcoolisme et destin de la nation, mais elle va tout de même contribuer à focaliser le regard sur une dimension-clé du phénomène : la quantité de la population française qui boit et qui appauvrit la nation devient un problème en soi dans ces années d'après-guerre [10]. L'alcool devient moins la cause de l'existence de « tarés », qui menace la « race », que le responsable d'un « manque à produire et à reproduire » [10]. L'INED et sa suite, le HCEIA, contribueront ainsi à montrer que l'alcoolisation était bien supérieure en France, à cause du vin notamment : c'est la première fois que le vin et les autres « boissons hygiéniques » sont logés à la même enseigne que les spiritueux ; que l'alcoolisation était la cause essentielle de la forte surmortalité masculine, caractéristique singulière nationale ; et que comme cette surmortalité était l'un des facteurs essentiel du « malheur démographique français » [10], il fallait que tout le monde s'associe dans la lutte antialcoolique. C'est le triangle Adolphe Landry (Scientifique de renom, président de la Société de statistiques de Paris, élu corse et plusieurs fois ministre), Alfred Sauvy et Robert Debré, trio d'amis qui se sont rencontrés lors de l'institution du Haut Comité de la Population, qui va porter le populationnisme des années 40 aux années 60-70. Après la guerre, Sauvy prend la tête de l'INED, avec A. Landry comme président du Conseil d'Administration et Debré comme président du Comité technique. Robert Debré sera aussi le président du HCEIA pendant plus de 20 ans (1954-1977) [10].

La troisième caractéristique de ce moment, est que le style de pensée populationniste repose principalement sur l'objectivation statistique : l'investissement de la question par des démographes et des économistes va transformer durablement les catégories de perception et de description du problème. Ce « tropisme statisticien » [10] va pousser à la collecte d'informations plus systémiques sur l'étendue du phénomène et ses caractéristiques principales et sur son coût social. Le problème alcool est devenu un fléau dont on peut objectiver la dimension à l'échelle d'une population,

contrairement au cas de la toxicomanie, où l'on n'a guère eu besoin de statistiques pour agir de manière extrêmement volontariste, et très répressive. Les chiffres vont devenir un registre d'argumentation essentiel de ceux qui œuvrent à l'inscription de l'alcool dans le cadre générale d'une politique de santé publique et qui militent pour qu'il soit haut placé sur l'agenda politique. La loi dite de Sully Ledermann est exemplaire de ces activités scientifiques par lesquelles se transforment les façons de présenter et de percevoir un problème : en établissant une relation statistique entre une consommation moyenne de boissons alcooliques et la proportion de « buveurs excessifs » dans une population, l'on sort du cadre de la statistique descriptive pour une véritable approche probabiliste [10] qui devient une justification, tout autant qu'un outil de pilotage, de l'action publique.

Si l'on ne peut pas attribuer à ce mouvement populationniste de succès directs en termes de réduction de l'influence de ce qu'il est convenu d'appeler le lobby de l'alcool (cf. les déboires de la loi Mendes-France de 1954), nul doute que les activités de l'INED, du HCEIA et l'activisme du trio qui a présidé à leur destinée, a permis une re-problématisation du problème alcool. Celui-ci s'émancipe de ces oripeaux héréditaristes et se positionne comme problème de santé national, identifiant, en les distinguant dans le cadre d'une politique, les usages contrôlés des usages excessifs et de la dépendance. Ce sont là manifestement les prémisses d'une formulation du problème alcool en termes de risques pour la santé, formulation que le Pr Jean Bernard de 1980 consacra officiellement dans un rapport commandé par Valéry Giscard D'Estaing [10]. Finalement, comme l'avait fait la théorie de la dégénérescence en son temps vis-à-vis des mouvements de tempérance, les activités cognitives des populationnistes relèguent à un rôle « supplétif » [10], l'antialcoolisme associatif incarné à l'époque par le Comité National contre l'Alcoolisme (CNCA, ex-Ligue nationale).

La loi Évin ou la problématisation dans les catégories de l'épidémiologie et du risque

Pourquoi ce long détour historique ? Parce que la « réussite » que représente l'adoption de la loi Évin aux yeux de ceux qui militent pour une politique de santé publique volontariste en matière de consommation d'alcool, même si elle a été modifiée et que sa mise en œuvre a été des plus chaotiques, doit beaucoup à ces processus historiques de requalification successive du problème alcool.

Il est fréquent d'entendre que la mobilisation qui a accouché de la loi Évin est née de la rencontre entre cinq professeurs de médecine (dont deux seulement de santé publique) et d'un ministre aussi volontaire que Simone Veil l'avait été sur toutes sortes de sujets <sup>(3)</sup>. Ces cinq-là peuvent être vus comme les successeurs des 3 populationnistes de l'après-guerre et ils commencent à se mobiliser à moment où l'antialcoolisme est en « déshérence » [10]. Ils

(3) Claude Got, professeur d'anatomo-pathologie à la Faculté de Paris Ouest et chef de service à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne Billancourt ; Albert Hirsch, Professeur de pneumologie à l'université de Paris VII et chef de service à l'hôpital Saint Louis ; Gérard Dubois, professeur de santé publique aux Universités de Lille puis d'Amiens et chef de service dans les CHU de ces deux villes ; François Grémy, professeur de santé publique à l'Université de Montpellier, et qui a joué un rôle clef dans l'institutionnalisation de l'épidémiologie en France ; Maurice Tubiana, Professeur de radiologie et de cancérologie à l'université de Paris Sud et ancien directeur à l'Institut Gustave Roussy.

monopolisent le discours expert sur le sujet du tabac ou de l'alcool à partir de 1988. Embrasser simultanément les deux problématiques alcool et tabac, et militer pour qu'une politique de santé publique soit enfin décidée, certes multiplie les adversaires, mais permet une dramatisation des enjeux sanitaires, ressource symbolique non négligeable pour mobiliser l'opinion. Cette réunion témoigne également de la volonté d'une montée en généralité visant tout bonnement une « refondation de la politique de santé publique » [10]. Une initiative qui devait « instituer, jusqu'au cœur des arènes politiques françaises, une approche centrée sur l'identification, l'évaluation et la réduction des risques » [10].

Pour convaincre et faire adopter la loi, Évin et les cinq Professeurs vont associer un registre utilitariste de justification qui insiste sur le coût social et un argumentaire qui porte sur le droit fondamental à la santé, en mobilisant notamment l'argument de l'inégalité des groupes sociaux face à la consommation d'alcool et de tabac. Ces deux registres, utilitariste et providentiel, se sont ainsi superposés harmonieusement [10]. Cette loi a été aussi efficace par la mise en œuvre des mesures de droit positif qu'elle prévoit que par le débat qu'elle a suscité, les avancées symboliques et la publicisation des enjeux de l'alcool et du tabac qu'elles a déclenchées, et l'inscription définitive des problèmes de l'alcool dans les catégories cognitives du risque et de la santé publique moderne. Le risque est devenu une catégorie routinière du débat public en santé, ce à quoi a largement contribué la loi Évin [10].

Nous ne souhaitons pas ici en dire plus sur l'ensemble des événements historiques qui se sont succédés, de la rencontre entre ces cinq professeurs, puis de leur alliance avec Claude Évin, de leur pression pour qu'un projet de loi soit proposé, des subtilités de la mobilisation de l'article 45.2<sup>(4)</sup> et des tractations politiques et controverses publiques qui se sont accumulées à partir du dépôt du projet jusqu'à son adoption finale. Nous voudrions pouvoir nous concentrer sur le rôle de la société civile et des professionnels comme annoncé au début de cette présentation<sup>(5)</sup>.

De ce point de vue, il est fort remarquable de constater que cette mobilisation, d'abord scientifique, puis qui a su trouver les relais nécessaires au gouvernement, puis au Parlement, ne ressemble en rien à celles que les sociologues et politistes ont régulièrement observé sur tous types de sujets et dans toutes sortes de pays occidentaux. Le contraste est saisissant en particulier avec les États-Unis où l'on note plus souvent l'existence d'« entreprises de relations publiques, rémunérées par des associations coalisées pour influencer et rallier à leur cause des élus du congrès en quête d'un thème susceptible de leur assurer une existence politique dans une commission parlementaire, et de les rendre visibles à leurs électeurs. » [10].

Cet activisme repose, en effet et en général, sur la mobilisation de réseaux sociaux comptant de nombreux acteurs institutionnels, des professionnels, des scientifiques, des segments de l'administration, s'appuie, voire se fonde,

(4) Article 45.2 qui permet de demander l'examen d'un texte en urgence, ce qui assure une priorité dans l'agenda des assemblées, et surtout évite le va-et-vient et la navette parlementaire entre les deux chambres par la saisine d'une commission mixte paritaire qui rédigeant solidairement un texte de compromis

(5) Nous renvoyons, encore une fois, le lecteur aux impressionnants détails et développements contenus dans le travail de Berlivet [10].



sur la mobilisation de victimes ou de patients, qui tous ensemble revendiquent une forme d'intervention publique. Le cas de la politique de lutte contre le VIH/Sida en France, mais également la mobilisation pour l'instauration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues, sont exemplaires de l'ampleur et de la densité de pareilles mobilisations [4]. Les recherches sérieuses qui ont travaillé sur la loi Évin concluent au contraire à l'existence d'une mobilisation en rang et nombre serrés, de nature principalement « élitaire » [10]. Comment expliquer pareille morphologie ?

Notons pour commencer que cet engagement élitaire illustre certainement la faiblesse de la représentation institutionnelle de la santé publique à cette époque [10]. Ce constat est devenu un lieu commun et nous ne reviendrons pas sur des arguments connus et débattus, si ce n'est en rappelant que pendant longtemps, les postes ou ministères « sociaux » n'ont guère attiré, les hommes politiques d'envergure (à part Kouchner, Évin, Veil) et la commission des affaires sociales est demeurée en bas de la hiérarchie des prestiges symboliques (derrière celle des lois, des finances, des affaires étrangères, etc.). On retrouve semblable dénigrement dans les instances administratives, puisque les meilleurs élèves de l'ENA ne choisissaient guère les ministères sociaux et le corps d'administrateurs de la santé était peu prestigieux et peu influent [10]. On retrouve pareille domination symbolique dans le cas de l'épidémiologie qui, afin de se faire adouber à ses débuts en France par l'establishment des biologistes et des cliniciens, a cru nécessaire, sous l'impulsion du Pr Schwartz, de développer une recherche extrêmement théorique, se focalisant sur les maladies non infectieuses, débattant principalement de la significativité des relations statistiques et du statut de cause en épidémiologie, et entretenant une distance volontaire à l'action publique [7].

Mais la place que les cinq professeurs occupent au cœur du processus d'adoption de la loi Évin révèle également un relatif retrait de l'alcoologie sur cette question. Rappelons d'abord que les années 50 sont le théâtre d'un nouveau mouvement de médicalisation de la pathologie alcoolique, avec la diffusion des théories de Jellinek. Babor [2] distingue ainsi trois grandes phases historiques : la phase pré-scientifique (1850-1940), l'époque de Jellinek (1940-1970) et la dernière qu'il nomme « phase alcoologique » et qui est celle de la naissance de l'alcoologie et de la formation en France de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le champ spécialisé de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool : la circulaire de 1970<sup>(6)</sup> qui institue les Centres d'hygiène alimentaire (CHA) à titre expérimental, puis celle de 1975<sup>(7)</sup> relative au dépistage et au traitement précoce de l'alcoolisme et qui en généralise l'expérience, sont les actes réglementaires fondateurs du champ institutionnel. Si l'alcoolisme est reconnu depuis longtemps déjà comme maladie, ces deux circulaires assignent pourtant au dispositif naissant des ambitions essentiellement préventives [3].

Mais que l'on ne s'y trompe pas : ces circulaires et la création des CHA qui lui fait suite signent le début du retrait de la psychiatrie du champ de l'alcoolisme et la polarisation du dispositif spécialisé sur le versant curatif de l'intervention. Outre le fait, souvent allégué, que les spécialistes de l'alcoologie ont progres-

(6) Circulaire DGS/1252/MSI du 23 novembre 1970.

(7) Circulaire DGS/2266/MS du 31 juillet 1975.

sivement compté de plus en plus d'alcoolodépendants dans leur clientèle à mesure que la psychiatrie se retirait du champ, on peut également faire remarquer que les alcoologues, désireux de se faire reconnaître comme spécialistes légitimes, ont cherché à développer les activités qui leur permettaient d'affirmer la singularité autant que la valeur de leur expertise. Or, prévenir un buveur excessif des risques qu'il court en continuant sa pratique d'alcoolisation ou soigner les conséquences somatiques d'un usage abusif mobilisent des compétences qu'un praticien non-spécialiste peut affirmer posséder, au moins en partie. C'est au contraire au contact de la pathologie avérée – l'alcoolodépendance – que l'art distinct du spécialiste peut s'affirmer [3]. On retrouve là le phénomène que l'on avait constaté pour les débuts de l'épidémiologie : les disciplines ou spécialités dominées tentent de reproduire les formes, le *modus operandi* et les canons scientifiques des disciplines et spécialités dominantes, afin d'acquérir les signes de noblesse qui fondent la reconnaissance professionnelle. On peut ainsi avancer que l'alcoologie, trop occupée à assurer son fonctionnement, à consolider ses finances, et décidée à constituer les bases de sa reconnaissance professionnelle, a progressivement délaissé les activités de prévention. Il y a là peut-être une hypothèse expliquant l'isolement de nos cinq professeurs dans un combat qui, finalement, n'intéressait guère ceux qui, sur le terrain, s'occupaient principalement de soigner.

La société civile a également été particulièrement effacée dans les débats. Les associations d'usagers, constituées comme des groupes d'entraide (dits de *self help*), ne se sont peu investies dans la bataille pour la loi Évin. Ceci contraste fortement avec les associations d'usagers du champ de la toxicomanie, dont certaines d'entre elles se sont manifestement établies en groupes d'intérêt (*interest group*), et qui ont été au cœur de la bataille pour la réduction des risques : avec des associations comme ASUD, on « n'a plus simplement affaire à des "ex-toxicomanes" dotés d'un savoir-faire, de capacités relationnelles et thérapeutiques basés sur l'expérience, intervenant à l'intérieur d'un centre, mais à des militants qui se professionnalisent, interpellent les institutions au nom de leur compétence dans un contexte de recomposition du champ » [15]. Jauffret-Roustide [17] montre bien d'ailleurs qu'une association comme ASUD est autant une conséquence de la politique de réduction des risques (la distribution de produit de substitution leur permet d'acquérir une autonomie nécessaire à leur investissement dans ces groupes d'intérêt) qu'une cause de la montée de cette politique. Cette association est autant le produit de la création d'un nouvel espace d'intervention de santé publique entre toxicomanie et Sida qu'une des variables expliquant l'ouverture de cet espace. À l'inverse, Alcooliques Anonymes, Vie Libre ou toute autre association n'ont d'autres ennemis à combattre que le produit. Ils n'ont jamais voulu investir la scène publique. Elles restent tournées vers l'aide individualisée et leur parole dans les médias, et si elles soulignent les ravages de l'alcool, elles contentent le plus souvent de rappeler l'aide qui existe sur le terrain, sans jamais appeler à une mobilisation collective autour d'une politique commune. L'anonymat est vraiment leur credo. Associations d'alcooliques ou d'anciens buveurs n'ont donc guère joué de rôle dans la politisation du risque alcool [10].

De son côté, le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (CNDCA qui deviendra ANPA plus tard), reste le seul acteur collectif à même de contribuer

à ce combat, mais il est peu disponible pour cette cause dans les années 80. Il appuie certes le groupe de cinq mais n'est pas à l'origine de la mobilisation ni un acteur-clé de la décision [10]. C'est surtout la prévention de terrain qui mobilise son énergie : brochure, intervention, matériel pédagogique, manifestations sportives. Mais le CNDCA se préoccupe surtout des CHA dont il a la gestion (37 % sont gérés par l'ANPA en 1995) et le thème de la prévention, qu'il met en œuvre localement, est rarement problématisé en termes de stratégie et de politique nationale.

Finalement, contrairement à un modèle classique de mobilisation organisée en réseaux associant des acteurs de différents univers sociaux et aux ressources variées, la faiblesse du rôle des professionnels de l'alcoologie et des associations d'usagers que nous venons de succinctement présenter, explique, au moins en partie, le caractère « élitaire » [10] de la mobilisation et l'importance qu'a jouée l'expertise dans l'adoption d'une telle loi.

## Conclusion

Quelles sont les conclusions, relativement triviales, que l'on peut tirer de ce parcours historique ?

La première réflexion, évidente, concerne la représentation commune du décideur et de la décision. Le décideur est souvent représenté comme un homme seul, ayant à arbitrer entre plusieurs scénarii d'action, à un instant t, moment relativement identifiable et généralement assimilé à la décision elle-même. Mais la sociologie des décisions publiques montre combien cette image est erronée : son bureau est peuplé de tous les autres acteurs qui ont participé aux échanges politiques et qui ont combattu pour que la décision qu'il va prendre soit telle. La solution qu'il choisit est une coproduction, résultat des rapports de pouvoir qui traversent un champ à un instant donné. En cela, la décision est une opération collective, même si l'acte de décider peut appartenir formellement à un seul individu. Elle est, en outre, un processus qui ne se réduit guère au moment singulier de l'acte de décider.

La seconde remarque a trait à la formation des scénarii possibles d'actions. Si nous avons insisté, dans cet article, sur les différents moments historiques de qualification du problème alcool, c'est que nous voulions montrer que les différentes solutions de résolution d'un problème public sont celles qui sont pensables à certaines époques historiques. Pensables parce que les solutions possibles à un moment donné sont le produit de cadres normatifs et cognitifs spécifiques aux différentes époques historiques. L'on voit ainsi en quoi la loi Évin est autant la fille des qualifications successives du problème alcool dans la société française que le résultat de l'action volontariste d'un ministre bien conseillé. Nous pensons même qu'une formation aussi élitaire n'eut certainement pas été aussi efficace sans ces transformations cognitives.

La troisième remarque a trait au rôle de l'expert, dont on a vu, qu'il s'agisse du trio de démographes ou du quintet de professeurs, qu'il a joué un rôle absolument décisif. On apprend ainsi que qualifier un problème, ce n'est guère découvrir une réalité objective cachée. C'est plutôt présenter une réalité sous un jour particulier. Or, ces opérations de traduction ou de transcodage [18] ne sont pas neutres. Elles participent à la désignation des experts légitimes. En définissant le problème, on contribue à définir les solutions.

Ainsi, l'opinion commune qui veut que « l'on identifie un problème, puis on cherche les experts appropriés » trahit, en la simplifiant, la richesse de la matière historique. L'expert construit le problème en même temps qu'il impose sa propre nécessité et celle de son expertise. Ce travail de qualification/requalification peut donc être perçu comme un moyen de s'octroyer une place dans le processus de décision publique. C'est pour cela que les politiques publiques sont si souvent le théâtre d'une compétition entre experts. Dans cette compétition, les enjeux professionnels ne sont pas moins importants que les enjeux scientifiques. D'ailleurs, on l'aura aussi noté, tout professionnel ne peut se targuer d'être expert de décision publique. Ses compétences techniques ou scientifiques ne sont pas suffisantes. Il doit également faire montre de son aptitude à évoluer et à mobiliser différents réseaux qui décuplent sa puissance sociale. Berlivet le montre bien dans son travail : les experts de la politique de l'alcool qui se sont imposés comme tels sont aussi des individus multi-positionnés, qui possèdent un capital social leur permettant de faire circuler leurs idées dans de nombreux espaces pertinents.

Mais, et cela sera notre dernier point, il existerait une crise de l'expertise : l'expertise serait critiquée parce qu'elle aurait été souvent manipulée, parce qu'elle ne va pas non plus sans charrier son lot d'intérêts particuliers, parce qu'elle aurait été souvent mise en scène sans vraiment être entendue, et enfin, parce qu'elle aurait déçu en révélant les incertitudes, voire les ambiguïtés, propres de l'activité scientifique. Se sont ainsi développées, sur le terrain de ces critiques, des formes nouvelles de participation politique, prenant notamment la forme de « jurys citoyens » ou de « conférence de consensus », dont l'objectif affiché est l'implication et la participation éclairée des citoyens à la formulation des choix publics [21]. Ces dispositifs visaient à restaurer la confiance et solidifier la légitimité des décisions. Reste à savoir maintenant s'ils favorisent l'avènement d'une démocratie pluraliste et participative effective ou s'ils ne sont qu'un simple instrument d'aide à la « gouvernabilité des décisions publiques » [19], simple instrument de légitimation d'une décision publique qui reste la propriété de certains experts et de certains hommes politiques ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris, Armand Colin (coll. « Sociologie 128 »), 2004.
2. Babor T. La typologie et le traitement de l'alcoolisme : passé, présent et avenir, *Alcoolologie*, 1997, vol. 3, (3) : 293-8.
3. Bergeron H. Dispositifs spécialisés "alcool" et "toxicomanie", santé publique et nouvelle politique publique des addictions, Paris, OFDT (coll. "Rapport de recherches"), 2003.
4. Bergeron H. L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, Paris, P.U.F., coll. « Sociologies », 1999.
5. Berlivet L. « Argumentation scientifique et espace public. La quête de l'objectivité dans les controverses autour des « risques de santé » ». In : François B, Neveu E. (dir.), *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999 : 185-322.
6. Berlivet L. « Déchiffrer la maladie ». In : Dozon JP, Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland (coll. « Voix et regards »), 2001 : 75-102.
7. Berlivet L. « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle ». In : Jorland G, Opinel A, Weisz G. (dir.), *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, 2005 : 335-57.

8. Berlivet L. « Une biopolitique de la santé. La fabrique des campagnes de prévention. » *In* : Fassin E, Memmi D. (dir.), *Le gouvernement des corps*. Paris, Éditions de l'EHESS, 2004 : 37-75.
  9. Berlivet L. Les démographes et l'alcoolisme. Du « fléau social » au « risque de santé », *Vingtième siècle. Revue d'Histoire*, 2007, vol. 3,(95) : 93-113.
  10. Berlivet L. Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999), Thèse pour le Doctorat de Science Politique, Rennes, Université de Rennes I, 2000.
  11. Berridge V, Stanton J. Science and policy: historical insights, *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 49 : 1133-8.
  12. Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies. Paris, Armand Colin (coll. « U »), 2004.
  13. Cattacin S, Lucas B. Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau. Les transformations de l'État social en Europe. Les cas du VIH/sida, de l'abus d'alcool et des drogues illégales, *Revue française de sciences politiques*, 1999, vol. 49, (3) : 379-98.
  14. Dargelos B. Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte anti-alcoolique en France (1850-1940), *Actes de la recherches en sciences sociales*, 2005 (156-157): 52-71.
  15. Faugeron C, Kokoreff M. « Introduction ». *In* : Faugeron C, Kokoreff M. (dir.), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Erès (coll. « Trajets »), 2002 : 7-31.
  16. Gusfield JR. Constructing the ownership of social problems: Fun and profit in the Welfare State, *Social problems*, 1989, vol. 36,(5) : 431-41.
  17. Jauffret-Roustide M. « Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues. Mise en œuvre de nouvelles forme d'expertise ». *In* : Faugeron C, Kokoreff M. (dir.), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Erès (coll. « Trajets »), 2002 : 165-81.
  18. Lascoumes P., *Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage"*. L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. *In* : CURAPP, *La gouvernabilité*, Paris, PUF, 1996.
  19. Mottez B. Le médecin, le comptable et l'alcoolique, *Sociologie du Travail*, 1976 ? (4) : 381-93.
  20. Ogien A. « Qu'est-ce qu'un problème de santé publique ? ». *In* : Faugeron C, Kokoreff M. (dir.), *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Erès (coll. « Trajets »), 2002 : 225-44.
  21. Robert C. « Experts et politiques publiques ». *In* : Borraz O, Guiraudon V. *Politiques publiques, La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Gouvernance »), à paraître 2008.
  22. Torny D. « "Mais pourquoi résistent-ils" Conditions de réalisation d'actions de santé publique sur une base épidémiologique ». *In* : Valleron J. (dir.), *L'Épidémiologie Humaine. Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques*, EDP Sciences, Paris, 2006 : 265-71.
-