



HAL
open science

Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du “ bien boire ”

Ludovic Gaussoit

► **To cite this version:**

Ludovic Gaussoit. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du “ bien boire ”. Sciences Sociales et Santé, 1998, 16 (1), pp.5-42. 10.3406/sosan.1998.1416 . hal-04135899

HAL Id: hal-04135899

<https://hal.science/hal-04135899v1>

Submitted on 28 Jun 2023

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.

Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »

In: Sciences sociales et santé. Volume 16, n°1, 1998. pp. 5-42.

Citer ce document / Cite this document :

Gausso Ludovic. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». In: Sciences sociales et santé. Volume 16, n°1, 1998. pp. 5-42.

doi : 10.3406/sosan.1998.1416

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416

Résumé

Résumé. L'objet de cet article est d'étudier, non pas les représentations, les fonctions ou les problèmes d'alcool chez l'alcoolique, mais les représentations et les fonctions de l'alcoolisme dans la construction sociale du « bien boire ». L'étude porte sur un échantillon de classes moyennes et supérieures, interrogé par entretien semi-directif approfondi. Trois formes de représentations de l'alcoolisme sont dégagées par l'analyse thématique : l'approche médico-psychologique, l'approche symbolique-phénoménologique, l'approche morale-sociale. Il apparaît que chaque approche contribue à l'élaboration cognitive et normative du « bien boire » ; l'analyse suggère, par ailleurs, que c'est la représentation morale-sociale qui a la plus forte efficacité en terme de frein à la consommation.

Abstract

The object of this article is not to study the representations, the functions or the problems of alcohol amongst alcoholics, but to study the representations and the functions of alcoholism in the social construction of «good drinking». The study was carried out amongst a sample from the middle and the upper classes using an in-depth, semi-directive interview. The thematic analysis revealed three types of representation of alcoholism: the medical-psychological approach, the symbolic-phenomenological approach and the moral-social approach. It appears that each approach contributes to the cognitive and normative elaboration of «good drinking»; the analysis suggests moreover that it is the moral-social representation wich is the most efficient in terms of slowing down consumption.

Resumen

El objeto de este artículo no es la representación, la función o los problemas del alcohol en las personas alcohólicas, sino la representación, la función del alcoholismo en la construcción social del « beber bien ». El estudio esta basado en una encuesta hecha a un grupo de personas de clase social média y alta que fueron interrogadas en una entrevista semidirectiva profundizada. Trés formas de representación del alcoholismo fueron manifestadas por un análisis temático : al aspecto medico-psicológico, el aspecto simbólico-fenomenológico y el aspecto moral-social. Resulta que cada aspecto contribuye a la elaboración cognitiva y normativa del « beber bien » ; por otra parte el análisis muestra que el aspecto moral-social es el freno más eficaz al consumo del alcohol.

Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »

Ludovic Gaussoit*

Résumé. L'objet de cet article est d'étudier, non pas les représentations, les fonctions ou les problèmes d'alcool chez l'alcoolique, mais les représentations et les fonctions de l'alcoolisme dans la construction sociale du « bien boire ». L'étude porte sur un échantillon de classes moyennes et supérieures, interrogé par entretien semi-directif approfondi. Trois formes de représentations de l'alcoolisme sont dégagées par l'analyse thématique : l'approche médico-psychologique, l'approche symbolique-phénoménologique, l'approche morale-sociale. Il apparaît que chaque approche contribue à l'élaboration cognitive et normative du « bien boire » ; l'analyse suggère, par ailleurs, que c'est la représentation morale-sociale qui a la plus forte efficacité en terme de frein à la consommation.

Mots clés : *représentations, alcoolisme, « bien boire », construction sociale.*

* Ludovic Gaussoit, sociologue, Université de Poitiers, 8, rue Descartes, 86022 Poitiers, France.

L'alcool, l'alcoolisation, l'alcoolisme forment un champ de recherche que les sciences sociales, en France, cherchent à redéfinir et à exploiter. Longtemps dominée par les sciences bio-médicales, il semblerait que l'alcoolologie, définie à l'origine par Fouquet comme discipline anthropologique, s'ouvre aux sciences humaines et sociales. Le recensement effectué par Castelain (1992) le confirme. Pourtant, l'abondance de la bibliographie cohabite avec une impression générale de lacune des sciences sociales sur ce sujet : la plupart des chercheurs en sciences sociales qui se sont penchés sur la question, en France, « *pays qui dispute ardemment à ses concurrents immédiats la première place au palmarès de la morbidité et de la mortalité alcooliques* » (Castelain, 1989), tendent à diagnostiquer l'absence relative, voire l'occultation ou la non légitimation des recherches sur le thème du « boire » (Castelain, 1989 ; Nahoum-Grappe, 1994 ; D'Houtaud, 1995 ; Drulhe et Clément, 1995). L'impression est sans doute explicable, en partie, par la forte dispersion (géographique, disciplinaire, épistémologique) de la documentation, liée, comme le note Nahoum-Grappe, à l'absence d'institutionnalisation de la recherche française sur ce thème au sein des sciences sociales (1).

On se propose ici de poser la question de l'alcoolisation et de l'alcoolisme d'une manière un peu différente de celle qui organise très souvent les travaux sur le boire, en explorant l'une des pistes de recherche dégagées par Drulhe et Clément (1995) : « *De quelle manière les groupes sociaux en viennent-ils à désigner quelqu'un comme alcoolique et quel mode de relation entraîne ce "diagnostic profane" ?* » Ce questionnement n'appréhende pas l'alcoolisme et l'alcoolisation comme deux réalités sociales indépendantes relevant de disciplines distinctes (sciences bio-médicales et sciences anthro-sociologiques) ; il s'agit, au contraire, de saisir les relations et les interactions entre les deux. Plus précisément, nous reformulons la question comme suit : « *Comment les groupes sociaux se représentent-ils et construisent-ils l'alcoolisme et quel type de définition de la normalité et du "buveur normal" cette représentation entraîne-t-elle ?* » Cette question retourne les termes de la problématique classique sur le « bien boire » et le « mal boire » : en problématisant ce qui passe souvent pour aller de soi, le « bien boire », on pose la question de savoir comment on parvient à se préserver du « dérapage » que constitue d'une certaine manière l'alcoolisme. Si l'on s'est, en effet, beaucoup interrogé sur les représentations, les fonctions et les « problèmes » liés à l'alcool chez le « buveur normal » ou l'alcoolique, on s'est encore peu interrogé sur les représentations et les fonctions de l'alcoolisme chez le « buveur

(1) Notons quand même l'Institut de recherche scientifique sur les boissons (IREB).

normal », sur le sens de ce mal pour le profane (2). Il s'agira donc d'appliquer à une autre population une problématique semblable à celle qui préside aux recherches de Sylvie Fainzang sur la question (1994, 1996).

Cette question se décompose en trois dimensions :

- 1) le « bien boire »,
- 2) les représentations de l'alcoolisme,
- 3) l'effet des représentations de l'alcoolisme sur le « bien boire ».

L'hypothèse est que les représentations de l'excès, de la démesure de l'alcoolisme participent de la construction sociale de l'alcoolisme et de l'alcoolique d'une part (perception, définition, traitement), et du « bien boire » d'autre part (contenu de la norme, frein à la consommation).

Le « bien boire »

Dans une formule concise, Barthes (1957) a résumé ce qui a donné lieu, par la suite, à des recherches plus détaillées : « *Savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité* ». Le « savoir boire » est un acte doublement contraignant : il interdit schématiquement et l'abstinence et l'excès. Mais comment se construit et se définit concrètement ce savoir « bien boire » ? Les manières de boire sont tout d'abord étroitement liées aux manières de vivre, comme l'a notamment montré Castelain (1989, 1996). En outre, ce travail met en évidence le rôle incontournable des groupes et du milieu dans le diagnostic profane, quel que soit le registre sur lequel ce diagnostic opère. Drulhe et Clément (1995) rappellent l'effet de la différenciation en termes de classe sociale, de catégorie socio-professionnelle, de sexe (voir aussi Fainzang, 1994), de génération, de région (Caro et Lemoine, 1984) et peut-être même de localité, sur les manières de boire, les modes de consommation et les significations qui leur sont attribuées. Par ailleurs, un certain nombre de recherches tendent à montrer qu'un modèle d'alcoolisation relativement homogène semble s'imposer en France. C'est un modèle vers lequel, parallèlement à l'évolution des spécificités secondaires (l'âge, le sexe, la région, etc.), semblent tendre toutes les catégories sociales : celui du cadre urbanisé (Horellou-Lafarge et Lafarge, 1985 ; Albert, 1989 ; Garrier, 1995). Ce modèle d'alcoolisation auquel souscriraient les classes moyennes et supérieures prend

(2) Ainsi, par exemple, aucune des études anthropologiques rassemblées par Mary Douglas (1987) ne porte sur cette question.

en partie le contre-pied du vivre et du boire populaire (3), privilégie le « *boire moins, boire mieux, boire autrement* » (Nourrisson, 1990 ; Garrier, 1995), cultive une compétence en trois volets : « *connaître le vin, l'apprécier, savoir en parler* » (Albert, 1989), promeut la tempérance, la modération, la mesure, la maîtrise de soi et corrélativement la résistance aux « *pulsions* » et aux « *appétits* » toujours « *bas* » (Nahoum-Grappe et Yvrel, 1992). C'est pourquoi on peut effectivement parler de modèle ou de norme du « bien boire », tout en reconnaissant, avec Drulhe et Clément (1995), que boire convenablement ne peut se traduire par une norme nette et précise : le « bien boire » est une norme à situer dans le cadre d'une « fourchette » et dans une situation donnée ; elle est donc susceptible d'aménagements, de modulations, d'infractions plus ou moins minimales, dans les limites fluctuantes et négociées entre l'acceptation et la déviance (Kenen et Anderson, 1989).

Les représentations de l'alcoolisme

Un certain nombre de recherches ont été menées sur ce thème, en histoire, en anthropologie, en sociologie. Le regard que les hommes portent sur « ceux qui abusent » change selon les époques et les milieux (Sournia, 1986). Vice et fléau social au XIX^e siècle, on assisterait au XX^e siècle à une reconnaissance de la maladie alcoolique. Le terme d'alcoolisme succède progressivement à celui d'ivrognerie, la conception médicale à la conception morale ; mais, suggère Sournia, le concept d'alcoolisme se trouve à son tour chargé des valeurs morales et stigmatisantes du vocabulaire précédent, que l'alcoolologie moderne doit combattre. Nourrisson (1990) dresse un tableau moins optimiste. Schématiquement : découverte de la maladie alcoolique et avènement de l'approche médicale contre le jugement moral (Sournia, 1986) ; invention de l'alcoolisme et éclipse de la tolérance bon enfant (le « doux ivrogne ») derrière le regard hygiéno-médico-moral (l'« alcoolique dangereux ») (Nourrisson, 1990). Les recherches anthropologiques de Durand et Morenon (1972) ont essayé, par ailleurs, de montrer comment l'alcoolique est celui qui révèle son échec à incarner l'intention et la structure héroïques auxquels la société accorde une place éminente : l'alcoolique manifesterait son incapacité à se hisser à la hauteur de son modèle. Les recherches de Fainzang

(3) Tel qu'on le retrouve, par exemple, chez les dockers du Havre étudiés par Castelain (1989), ou les « gens de peu » et leur « indulgence » à l'égard de l'« ivrogne » racontés par Sansot (1991) ou encore dans la « culture de l'ivresse » décrite par Nahoum-Grappe (1991).

(1994, 1996) semblent corroborer en partie ces thèses. Son travail sur les membres d'une association d'anciens buveurs (*Vie Libre*) et leurs conjoints montre que la caractérisation de l'alcoolique s'appuie sur des processus d'inversion, d'animalisation, de déshumanisation qui le rejettent dans l'état de nature ; elle dégage également la complexité des conceptions étiologiques « profanes » de l'alcoolisme et l'intérêt de l'étude des représentations de la causalité pour la compréhension du sujet et de ses choix thérapeutiques. Les recherches sociologiques apportent également quelques éclaircissements. Les statistiques de D'Houtaud (1995 ; D'Houtaud *et al.*, 1988) révèlent notamment que « celui qui boit », le buveur, est perçu par les « normaux » avant tout comme un clochard qui a choisi son état, et par vice ; les images qui désignent l'alcoolique sont deux fois plus moralisées que médicalisées. En revanche, ses résultats concernant la conduite à tenir à l'égard de l'alcoolique font ressortir qu'« *il convient de l'aider* » (80%) et non de le « *laisser tomber* » ou de « *s'en méfier* ». La compréhension l'emporterait sur l'incrimination, l'aide sur le rejet (4). Steudler (1985, 1987) a mis en évidence les mêmes mécanismes dans ses recherches sur les représentations de l'alcool et de l'alcoolisme dans le cinéma : à côté de la valorisation de l'alcool, la consommation « excessive » fait souvent l'objet d'un rejet, d'une dévalorisation pédagogique, mais elle est surtout montrée à travers ses manifestations visibles, bruyantes, brutales, violentes, dramatiques — et populaires : Coupeau et Gervaise en sont les prototypes —, comme si l'ivresse et l'ivrognerie étaient plus faciles à mettre en scène que la « maladie alcoolique », ou même l'alcoolisme « mondain », qui justement se donnent moins en spectacle. D'autres, comme Taléghani (1995), ont souligné l'importance des représentations de l'alcoolisme dans la structuration des discours et des pratiques d'alcoolisation : « *Il nous a fallu beaucoup de temps, d'erreurs, de lectures, d'expériences pour comprendre dans notre exercice professionnel de travailleur social que c'étaient les représentations que chacun avait de l'alcool, de l'alcoolisation, de l'alcoolique, de l'alcoolisme qui alimentaient les discours et les pratiques.* » Précisons enfin que nous emploierons le concept de représentation sociale au sens aujourd'hui classique et fixé notamment par Jodelet (1984) : il ne s'agit ni d'une simple reproduction du réel, ni d'une pure affabulation sans prise sur le réel, mais d'une construction mentale,

(4) Il ne nous paraît pas exclu que cette réponse, optimiste et contradictoire avec les représentations de l'alcoolisme mises en évidence, corresponde plus à l'attitude idéale déclarée — induite également par la formulation et le choix des réponses — qu'à la réaction réelle en situation de face à face.

relativement autonome, un système cognitif ayant une logique propre et qui participe de la construction sociale de la réalité.

Notre hypothèse est donc que les représentations de l'alcoolisme et de l'alcoolique participent pleinement de la construction sociale de la norme du « bien boire » : construction cognitive, en permettant de définir *a contrario* ce qu'elle est, son contenu, son sens, sa normalité ; construction normative, en prescrivant ce qu'elle doit être. Notre objectif est de montrer, d'une part, que le « savoir boire » n'est pas une donnée ou une norme installée définitivement au cœur de la subjectivité de l'acteur, d'autre part, que dans son élaboration cognitive et normative interviennent fortement les images qui symbolisent le « mal boire », enfin que ces images négatives stigmatisées (Goffman, 1975) contribuent à construire le « bien boire » et à se maintenir dans un mode de consommation « raisonnable ».

On a essayé ailleurs (Gaussot et Ancel, 1996) de construire un modèle descriptif des représentations, attitudes et comportements face à l'alcoolique :

- 1) c'est un être déchu, on le juge moralement et le rejette socialement : c'est l'ivrogne, le clochard ;
- 2) c'est un égal en difficulté ; il faut le comprendre, l'épauler ou l'accompagner : c'est un malade comme un autre ;
- 3) C'est un être exceptionnel, ou un créateur ; on l'admire : c'est un génie, un artiste.

Les représentations de l'alcoolique renvoient souvent à l'une de ces logiques (qui peuvent se combiner), à l'un des personnages (l'ivrogne, le malade, l'artiste) qu'elles mettent en scène. C'est donc seulement le premier système, dominant, que l'on essaye de développer ici.

Méthodologie

Échantillon

Le matériel empirique sur lequel repose cette étude est tiré d'une recherche de terrain pratiquée dans une entreprise de la région Rhône-Alpes, établissement public à caractère scientifique, technique et industriel de 2 400 membres environ. Il s'agissait de suivre et d'évaluer une campagne de sensibilisation du personnel au « risque alcool » (Gaussot et Ancel, 1996). La recherche porte sur une population fortement qualifiée et diplômée, aux 2/3 masculine, regroupant principalement médecins du travail, ingénieurs, chercheurs, techniciens et personnel administratif. Cette population représente globalement les classes moyennes et pour partie les

classes supérieures, c'est-à-dire la population qui, comme l'analyse le confirme, tend vers le modèle d'alcoolisation vu en introduction. L'échantillon est composé de 27 individus et constitue un modèle très restreint de la population de référence selon les variables descriptives classiques (sexe, âge, ancienneté, statut professionnel) : 3 médecins du travail, 8 ingénieurs, 8 techniciens, 6 administratifs, 2 ouvriers.

Une des limites de cette recherche est donc la faiblesse numérique de l'échantillon qui interdit d'opérer une généralisation empirique des résultats ; l'échantillon est, en revanche, suffisant dans le cadre de l'étude qualitative pour construire un modèle d'analyse susceptible, lui, d'être testé sur une grande échelle. Cette faiblesse numérique interdit, en outre, l'analyse des covariations. L'analyse porte donc systématiquement sur l'ensemble du corpus, sans chercher, à ce stade, des variations internes pertinentes. L'analyse se situe forcément à un niveau de généralité assez élevé, pour faire ressortir les principes de structuration et de construction du « boire » valables pour tout l'échantillon (sauf indication contraire).

Recueil des données

S'agissant de faire surgir les structures mentales des agents, le sens qu'ils donnent à leurs pratiques, les normes et les valeurs qui les sous-tendent, la technique de recueil des données qui s'est imposée est l'entretien semi-directif approfondi. Le guide d'entretien est construit sur la problématique du « boire », du « bien boire », du « trop boire » et de l'alcoolisme. Il ne s'agissait pas de poser des questions fermées simples, pour récolter des réponses précises, précodées mais, tout au contraire, de faire parler les agents sur leurs pratiques, leurs conceptions du boire, du « bien boire », du « mal boire », pour reconstruire ensuite les logiques sous-jacentes présidant aux discours et aux représentations, et leur structuration. Le postulat est que l'on accède plus sûrement par cette voie aux schèmes réels et aux représentations profondes réellement agissantes ; l'analyse s'en trouve compliquée et allongée, en opérant un va-et-vient constant et laborieux entre les hypothèses et les « données » qui prolonge la séquence analytique et retarde la production des résultats. Les questions, relances, reformulations portaient exclusivement sur les conceptions développées par les agents sur la base de la grille d'entretien, en évitant au maximum d'induire le sens des réponses : nous n'avons, par exemple, pas demandé s'ils considéraient que l'alcoolisme était une maladie, un vice, un péché, mais ce qu'évoquait et signifiait pour eux l'alcool, boire normalement, boire excessivement, être alcoolique ou abstinent. Ce qui pallie au moins en partie la faiblesse de l'échantillon, c'est l'ampleur et la richesse du matériel récolté de cette manière.

Analyse des données

Nous avons appliqué au corpus retranscrit intégralement une analyse thématique classique :

- repérage et identification des séquences discursives portant sur les dimensions des hypothèses,
- dégagement des thèmes, taxinomies, images et métaphores constituant le réseau sémantique de l'alcoolisme,
- regroupement des thèmes et des spécifications dans des rubriques homogènes,
- établissement progressif d'une typologie des représentations de l'alcoolisme,
- retour aux discours et réanalyse systématique du corpus à l'aide de la typologie, pour la confronter aux données, la valider, la modifier.

Cette méthode n'échappe pas toujours à l'arbitraire. Ainsi, les énoncés contiennent souvent diverses définitions de l'alcoolisme, plus ou moins contradictoires ; les récits ne sont pas structurés comme tels, encore moins sous leur forme discursive. Il n'est pas toujours facile de démêler ce qui, dans les énoncés, segments, métaphores, mots, relève plutôt d'une approche ou de l'autre, étant donné de surcroît les correspondances, les résonances et les glissements qui s'établissent entre les registres de représentations que l'on peut dégager et différencier sur la base de critères qui ne sont, en outre, jamais purement objectifs. Ajoutons également que la typologie proposée n'épuise pas le contenu des représentations de l'alcoolisme. Une autre limite vient de ce qu'il s'agit d'une analyse de discours qui nous informe sur les représentations, les valeurs et les normes (objet de l'étude) mais qui, du fait du niveau élevé de l'inférence, n'a pas toujours une forte pertinence prédictive en termes de comportements.

Résultats

Les représentations de l'alcoolisme étant particulièrement riches, les résultats de l'analyse le sont aussi. Il est possible néanmoins de regrouper les thèmes dans des rubriques homogènes cohérentes et pertinentes par rapport aux données et aux hypothèses. Trois approches profanes de l'alcoolisme peuvent ainsi être dégagées :

- l'approche médico-psychologique regroupe les thèmes faisant de l'alcoolisme une maladie plus ou moins comme les autres ;
- l'approche symbolique-phénoménologique concerne les images et les métaphores représentant les formes sensibles du « trop boire » ;

- l'approche morale-sociale montre un alcoolisme appréhendé comme un « mal boire », du point de vue normatif, éthique et social.

L'approche médico-psychologique appréhende l'alcoolisme du point de vue étiologique, causal, organique : c'est la maladie alcoolique ; l'approche symbolique-phénoménologique aborde l'alcoolisme du point de vue des correspondances symboliques entre la chute physique (du corps) et la chute imaginaire (du buveur) ; l'approche morale-sociale observe l'alcoolisme du point de vue des conséquences morales et sociales du « trop boire » chez l'individu.

***L'approche médico-psychologique :
une maladie... pas comme les autres***

Le premier résultat de l'analyse est la mise en évidence de la banalisation de l'approche médico-psychologique de l'alcoolisme. Cette banalisation, qui s'explique facilement, peut être observée de plusieurs manières : en examinant d'abord l'identification de l'alcoolisme comme « maladie », en analysant ensuite les explications profanes données pour en rendre compte.

Taxinomie médicale : maladie, dépendance

Le premier ensemble d'indicateurs de la banalisation de l'approche médico-psychologique est fourni par le vocabulaire, les termes et les concepts employés pour caractériser l'alcoolisme. L'alcoolisme est explicitement et spontanément défini comme « maladie » par plus de la moitié du corpus (5). On parlera de « *malades de l'alcool* », « *malades alcooliques* » ; on dira parfois que c'est « *comme une maladie* ». Plusieurs militent pour une reconnaissance plus complète de la maladie alcoolique : « *Parce que c'est une maladie, il ne faut pas le considérer comme autre chose* » ; « *L'alcoolique est un malade et non un délinquant a priori* ». On repère parfois un critère net qui permet de distinguer la maladie : « *Quand le palliatif engendre une souffrance, ça devient une maladie, on a engendré un cercle.* » Si l'on analyse un peu plus profondément le vocabulaire par lequel les agents caractérisent l'alcoolisme, par-delà l'évocation du terme de maladie, on observe que la plupart manient les concepts biomédicaux désignant les processus physiologiques et psychologiques de l'alcoolisme : l'alcool est alors perçu en tant que « *drogue* », *drogue*

(5) Le personnel soignant est ici exclu de l'analyse.

« comme les autres » (tabac, cannabis, héroïne, médicaments psychotropes), « drogue légalisée » qui engendre des phénomènes d'« accoutumance » et de « dépendance ». Ceci est congruent avec les résultats de D'Houtaud *et al.* (1988). La distinction entre les différentes formes de dépendance reconnues « officiellement » est souvent faite, parfois très explicitement : les agents évoquent couramment la dépendance physique, la dépendance psychologique et, parfois, la dépendance sociale (dans le sens de la pression sociale autour du « boire »). La « dépendance physique » ou « physiologique » n'est pas développée : on n'évoque pas, par exemple, la chimie du cerveau ; on parle de « besoin » plus ou moins vague, mais irrépressible. On peut en inférer que, à la différence du « désir », laissant au sujet sa pleine autonomie de sujet, le « besoin » confère un caractère contraint et nécessaire à la relation au produit. La « dépendance psychologique » fait l'objet de développements beaucoup plus détaillés ; plus de la moitié la précise diversement : « *ne pas pouvoir s'en passer* », ne pas pouvoir « *s'empêcher de boire* », être incapable de « *se maîtriser* », autant de formules dont la signification renvoie clairement à la définition classique de la perte de la liberté de s'abstenir. L'alcoolisme est une dépendance à l'alcool qui conduit à la perte de la capacité à rester libre à l'égard du produit et, par là, à une réduction de l'autonomie personnelle.

Plus minoritairement, on parlera en terme de « toxique », d'« intoxication », de « toxicomanie ». Marginalement, on évoque la variabilité individuelle et l'inégalité devant le risque alcool (sans employer nécessairement ces termes). La nécessité de « *se faire soigner* », « *désintoxiquer* », est soulignée par un tiers des agents ; quelques-uns affirment que la seule solution reste l'abstinence totale. Enfin, les propriétés psychotropes du produit et les « effets de l'alcool » sur l'organisme et le psychisme sont disséqués avec minutie : anti-anxiété, déstressant, euphorisant, excitant, libérateur, médicament, etc., sont des mots courants qui alimentent les discours. Certains, enfin, évoquent les signes cliniques somatiques de l'alcoolisme : « tremblement » des extrémités, « langue épaisse », problèmes d'élocution, perte d'appétit, cirrhose bien entendu.

Si l'on peut facilement trouver des lacunes, des erreurs, des interprétations abusives — notre objectif n'était pas de mesurer l'écart au discours médical —, on ne peut nier la banalisation de la terminologie et de la nosologie bio-médicales. La poursuite de l'analyse montrerait probablement qu'il ne s'agit pas d'une approche très rigoureuse, mais d'un bricolage grossier et sans doute daté (voir Hillemand, 1995). Cette banalisation des notions scientifiques (les différentes « espèces » de dépendance) peut être perçue comme surprenante. Elle ne l'est pas étant données les caractéristiques sociales et culturelles de l'échantillon (études

scientifiques longues) (6), la dimension très scientifique et technique de l'entreprise, la campagne de sensibilisation échelonnée sur les cinq années précédant la passation des entretiens et, pour finir, l'accent très bio-médical donné à cette campagne (conférences d'un alcoologue). Tout cela explique en partie cette banalisation. Il serait néanmoins faux de dire que l'on a récolté les fruits de la campagne : le terrain était déjà sensible et sensibilisé à l'approche scientifique et médicale.

Étiologie de la maladie : des théories du cercle vicieux

Un deuxième indicateur de la banalisation de l'approche médico-psychologique confirme cette hypothèse. Les agents abordent spontanément l'alcoolisme sous l'angle étiologique, nous donnant accès à l'ordre des causes et des raisons explicatives, selon eux, de la maladie. L'analyse permet de dégager deux modèles, l'un psychologique, centré sur l'individu et ses problèmes, l'autre culturel, centré sur le groupe et le milieu social, les normes et les habitudes de vie.

Le modèle psychologique semble dominant (7) ; c'est celui qui, même lorsqu'il n'est pas rigoureusement explicité, sert spontanément de schème étiologique pour expliquer l'alcoolisme en général et la situation des malades alcooliques en particulier. La cause efficiente première que l'on donne à l'alcoolisme (d'autrui) est le problème que l'individu rencontre et qu'il n'arrive pas à surmonter sans l'aide de l'alcool. L'alcoolique croit pouvoir « surmonter » ses difficultés en buvant un verre, puis un autre, jusqu'à devenir dépendant du produit. Il pense par là — à tort précise-t-on — pouvoir oublier. L'éventail des problèmes postulés comme explicatifs du boire alcoolique est vaste : problèmes personnels, existentiels, affectifs, relationnels, familiaux, professionnels assez rarement ; il peut s'agir aussi, pour près d'un quart, d'une carence de la volonté, de la faiblesse du caractère, comme pour ce médecin : « *Ce sont des faibles, qui n'ont pas la volonté de dire : "Maintenant je vais me faire désintoxiquer et j'arrête définitivement de boire."* La plupart des personnalités alcooliques sont la plupart du temps des gens faibles. » Mais quel que soit l'ordre des problèmes explicatifs du boire alcoolique, ils sont désignés le plus souvent comme un problème de l'individu : c'est lui qui n'arrive pas à les surmonter.

(6) Luc Boltanski (1971) a montré les conditions qui favorisent l'acquisition d'une telle « compétence médicale » : ce sont les membres des milieux les plus favorisés qui intériorisent le mieux les catégories conceptuelles du savoir médical. La diffusion apparente de ce savoir bio-médical sur l'alcoolisme est aujourd'hui certainement très large.

(7) Ce résultat diffère de celui obtenu par Fainzang sur une population d'anciens buveurs (1994).

Ce sont les effets de l'alcool que l'individu recherchera dans ce cas. Les produits alcooliques sont utilisés en tant qu'« alcool », non en tant que « vin », par exemple, qui soulignera davantage la convivialité qui l'entoure. L'opposition est ici très nette. Les effets recherchés sont ceux cités plus haut et contribuant à « *masquer les angoisses* », à donner de l'« *élan et du culot* », à « *faire tomber certaines barrières* », à « *compenser* ». L'alcool devient une « *béquille* » : « *La personne est stressée, elle se rend compte que boire un petit coup ça fait du bien, que ça a un petit effet tranquillisant* » (femme médecin) ; « *C'est quelque chose qu'on ingurgite pour compenser un manque ou un problème* » (femme ingénieur).

Le premier terme de l'équation est qu'il y a un problème individuel au départ. Le deuxième est que l'alcool est censé le résoudre, le masquer ou le faire disparaître. La plupart des agents estiment que l'alcool ne résout pas le problème ou ne le masque qu'imparfaitement, et, surtout, ne le masque que momentanément : c'est la théorie du cercle vicieux, de l'escalade, de la spirale, autant de termes par lesquels les agents désignent ce processus : « *Ça fait tomber certaines barrières. On passe de résoudre un problème avec l'alcool à le vivre mal. C'est un palliatif à une souffrance. Le problème devient crucial et on n'a plus d'énergie pour le résoudre. C'est un truc qui tourne en rond. Je pense que c'est difficile de sortir de ça parce qu'on a engendré un cercle* » (femme ingénieur). Certains médecins ont résumé cette théorie : c'est l'alcool-méphistophélique, qui accepte de prendre en charge le problème momentané de l'individu si, en échange, celui-ci accepte de les lui confier tous à l'avenir. On peut schématiser ce processus sous la forme d'un modèle séquentiel (*tableau 1*).

Tableau 1

Phase 1	On boit un verre	on se rend compte que	ça minimise le problème	relation contingente
Phase 2	On boit deux verres	parce que	ça masque le problème	relation causale
Phase 3	On « boit »	pour	oublier le problème	relation téléologique

Ce modèle que nous avons reconstruit à partir des entretiens (qui eux-mêmes ne le développent intégralement qu'exceptionnellement) a l'avantage de montrer que les agents ne postulent pas (toujours) une relation causale mécanique entre le problème psychologique supposé et l'absorption plus ou moins massive d'alcool. Il s'agit d'un processus

dynamique complexe qui peut passer par une relation contingente, puis causale, puis téléologique : on boit et on va mieux, on boit parce qu'on va mieux en buvant, on boit pour aller mieux. Lors de la première phase, la relation entre le fait de boire et de sentir que ça va mieux est purement contingente : il n'y a pas — encore — d'effet recherché ; dans la deuxième phase, l'individu boit parce qu'il sait ou croit savoir pour l'avoir expérimenté qu'après il ira mieux : son problème peut être vu comme la cause immédiate de son alcoolisation ; dans la dernière phase, il ne boit plus pour minimiser momentanément son problème, mais pour ne plus le voir.

Ce modèle psychologique, expliquant l'alcoolisme par la présence d'un problème personnel et la rencontre progressive avec un produit, est celui auquel les agents se réfèrent très fréquemment pour comprendre et expliquer l'alcoolisme (d'autrui). Mais un autre, plus sociologique et culturaliste, moins centré sur l'individu et ses problèmes personnels apparaît également.

Le modèle étiologique culturel est présent mais il semble mineur ; il est avancé moins spontanément, il est plus abstrait, plus problématique aussi et souvent même perçu comme plus insidieux et plus dangereux. On évoque le geste automatique du « boire », voire le « devoir boire » comme preuve de convivialité, la pression sociale, le milieu, la profession, le repas d'affaires, la soirée entre copains. Consommer de l'alcool est dans ce cadre un rituel coercitif auquel il est difficile d'échapper. Mais le produit n'est pas au centre de la question ; ou plutôt il l'est en tant que symbole signifiant de l'échange, et ce qu'on consomme, c'est moins le produit que la relation sociale. On voit dès lors que ce modèle d'interprétation de la prise d'alcool pouvant déboucher sur un alcoolisme chronique n'a plus grand chose à voir avec le premier. Ce n'est plus de l'alcool-médicament qu'on parlera mais de l'alcool-social, l'alcool-convivial.

La distinction entre ces deux ordres de raison et ces deux explications est assez clairement faite par la plupart des membres : ils renvoient à des comportements, des motivations et des rapports aux autres très différents. Mais, alors que le premier modèle est développé en détail, comme s'il allait de soi, le deuxième est juste évoqué, il semble moins évident, plus définitif et irréparable. On évoque l'« ivrogne » et le « pochtron » pour désigner le premier, c'est-à-dire le « buveur », un personnage qui paraît familier ; on pense à l'alcoolique, c'est-à-dire au « malade alcoolique » pour désigner le second qu'on connaît moins. On distingue ainsi nettement ceux qui boivent parce qu'ils ont des « problèmes familiaux », des « déboires », des ruptures dans le cours de leur vie, ou parce qu'ils « sont stressés » et les autres : « *Il y a l'alcoolique plus insidieux, sans rupture, le petit apéro tous les jours, puis le pousse-café, avec les copains, au boulot, sans s'en rendre compte. Celui là n'a pas de raison de boire. C'est l'exemple du représentant de*

commerce. Il ira boire en cachette, c'est caché. On ne comprend pas. Là, c'est irrémédiable, c'est plus difficile de s'en tirer » (administratif). « *En général, c'était des gens qui avaient des problèmes dans la famille, qui avaient un profil psy, un profil dépressif ; d'autres, c'était les repas d'affaires, les repas des cadres* » (femme médecin). Pour cette dernière, il y a ainsi d'un côté un « *penchant* », terme mettant l'accent sur la personne, la personnalité, l'intériorité, de l'autre une « *habitude* » qui indique plus l'intériorisation, voire la contrainte sociale.

Les conférences sur la « maladie alcoolique » données pendant la campagne de sensibilisation sont souvent mentionnées justement pour illustrer ces mécanismes indépendants de la volonté de l'individu et pouvant conduire à une consommation jugée excessive ; sans le vouloir et sans s'en rendre compte, sans raison précise, par habitude et progressivement, on peut devenir alcoolique : « *C'est encore plus grave que ce qu'on pourrait imaginer. Sans avoir cherché à résoudre un problème, sans motif, on fait une fête, on arrose la naissance, la réussite d'un examen et on commence à devenir alcoolique. C'est doublement dangereux. Les conférences ont remis un peu les pendules à l'heure* » (technicien). « *Il y a un changement de l'image de l'alcoolique suite à la campagne. Ce côté l'alcoolique, c'est celui qui l'a bien voulu. C'est pas forcément quelqu'un qui veut bien* » (femme ingénieur). « *On peut dériver sans en avoir l'intention, sans s'en rendre compte. Ça c'est intéressant à savoir* » (ingénieur).

Enfin, si les deux modèles sont distingués nettement, ils ne sont pas opposés ; ils relèvent de deux logiques différentes mais les conséquences se rejoignent : l'alcool, quelles que soient les causes/raisons qui amènent à boire, peut devenir une drogue. Et même, les deux se combinent ; le « *penchant* » psychologique/individuel peut rencontrer l'« *autorisation* » sociale, les facteurs de « *compensation* » peuvent se confondre avec les facteurs d'« *entraînement* » : c'est « *la possibilité de boire en toute impunité* » (8).

(8) Il faut souligner encore la relative congruence de l'étiologie profane et de l'étiologie savante (celle de Fouquet et de Borde (1985) ou de Jellinek (1972), par exemple). Résultat de la diffusion du savoir bio-médical ou au contraire indice de l'absence de rupture épistémologique de ce savoir avec le sens commun ? Il s'agit sans doute d'une circulation (et d'une continuité) entre les deux. (Sur cette question voir Arliaud, 1976 ; Mottez, 1976 ; Fainzang, 1994). Mottez avançait ainsi que la définition reprise par Jellinek, « *perte de contrôle* » et « *perte de la liberté de s'abstenir* » reprenait en fait l'élément précis qui motive l'exclusion sociale de l'alcoolique, n'y ajoutant rien d'autre que le label « *maladie* ». Il ne faut donc pas penser l'approche médico-psychologique comme alternative simple à l'approche morale-sociale qu'on verra plus loin. Il est fort probable, en outre, que cette taxinomie soit utilisée différemment selon les sexes (Fainzang, 1994).

Les explications et parfois même les raisons que les interviewés donnent de l'alcoolisme ne sont pas là pour montrer qu'ils ne se sentent pas concernés. Lorsque les agents y réfléchissent sérieusement (9), ils admettent souvent plus ou moins profondément l'idée qu'ils peuvent « basculer » : « *Je ne me sens pas à l'abri. Pourquoi se sentir à l'abri ? De quel droit ? Personne ne peut se sentir à l'abri* » (technicienne) ; « *Je sais que ça peut arriver à tout le monde de tomber dans l'alcool un jour ou l'autre* » (technicien). La perte d'un être cher, le relâchement des liens sociaux, le moment de la retraite, etc., peuvent venir rompre l'équilibre. « *Peut-être qu'en vieillissant, je vais me laisser aller* » (femme ingénieur) ; « *C'est vrai qu'en se trouvant à la retraite, dans l'inactivité, ça peut aussi pousser* » (ingénieur). Enfin, on peut aussi se mettre à boire tout simplement parce que des choses enfouies refont surface ou parce que la prise « en charge » de la vie quotidienne se révèle fastidieuse. « *Le risque pour moi est plus lié à ne pas réussir à résoudre bien les problèmes qui m'embêtent. J'ai moins peur des événements violents. Le danger, c'est de ne pas avoir le courage d'affronter des trucs récurrents plutôt de fond* » (femme ingénieur).

On aperçoit donc, d'une part, que les agents trouvent des causes et des raisons à l'alcoolisme, lorsqu'ils essaient d'en rendre compte, et que, d'autre part, ils ne se sentent pas complètement « immunisés » contre la solution-alcool (en situation d'entretien), même s'ils estiment que ce n'est pas une bonne solution. « *Ça peut être une menace aussi pour moi. Parce qu'on peut facilement je dirai tomber par alcoolisme, prendre goût à l'alcool et...* » (secrétaire). Ce sentiment engage à la prudence et à la méfiance. En revanche, lorsque l'alcoolisme est appréhendé du point de vue des conséquences (physiques, psychologiques et sociales) on le comprend nettement moins ; on ne s'y reconnaît souvent pas du tout. Il semble y avoir une disjonction assez complète.

Une nosographie profane

Si l'on approfondit l'analyse, on peut interroger la distinction établie précédemment entre l'ivrogne et l'alcoolique, le « buveur » et le « malade ». Les tentatives d'explication étiologique donnent lieu à l'élaboration d'une sorte de nosographie profane qui s'écarte beaucoup du schéma médical ; la distinction très nette faite en tout cas explicitement par un tiers du corpus entre l'alcoolique et l'ivrogne est sous-tendue par

(9) Le moment de l'entretien est approprié : le chercheur devient une sorte de miroir face à ce qui confine parfois au monologue intérieur.

une série d'oppositions structurées et structurantes que l'on peut schématiser comme sur le *tableau 2* (10).

Tableau 2

L'alcoolique	L'ivrogne
Invisible	Visible
Masqué	Exhibé
Peut n'être jamais ivre	Ivre du matin au soir
On ne soupçonne pas	On a la preuve
Il le dénie	Il en est conscient
Sournois	Simple
Il n'a pas de raisons	Il a des raisons
On ne comprend pas	On peut le comprendre
Dépendant	Boit-sans-soif
Le malade	Le buveur

Les statistiques de D'Houtaud *et al.* (1988) ont mis en évidence une opposition semblable entre la « personne alcoolique », considérée alors à 80 % comme « dépendante de l'alcool », et « celui qui boit », assimilé au clochard. Notre étude permet de comprendre cette distinction majeure que D'Houtaud ne relève pas et qui explique les contradictions apparentes que comporte son étude. Comme le dit le proverbe : « *c'est à la trogne qu'on reconnaît l'ivrogne* », à la systématisme du boire, la visibilité du geste, l'ostentation de la démesure ; le malade alcoolique s'abîme dans l'ombre, ne se reconnaît pas, n'en laisse rien paraître. « *L'ivresse se donne en spectacle, alors que les effets organiques à bas bruits de la molécule d'éthanol restent dans l'ombre* » (Nahoum-Grappe, 1991). Tout laisse ainsi penser que la figure de l'ivrogne renvoie au passé et à la tradition, au temps ou aux milieux où le buveur pouvait exhiber ostentatoirement ses attributs stéréotypiques, parce qu'il occupait une place sociale et détenait un rôle spécifique. Tandis que la figure de l'alcoolique, du malade, du dépendant dans la chimie de son corps, qui montre sans rien laisser voir qu'on peut devenir alcoolique sans s'être enivré une seule fois, renvoie directement à l'approche médicale moderne, et peut-être aussi à une invisibilisation (voire une disparition) relative des traits expressifs du premier.

(10) Ce schéma donne une vision des représentations beaucoup plus structurée et dichotomique qu'elles n'apparaissent dans les discours et aussi sans doute dans la pratique.

Mais cette nouvelle figure donne peu de prise : « *Pour moi, quelqu'un qui boit, c'est quelqu'un d'ivre-mort-couché-par-terre. En fait, c'est vrai que c'est pas ça* » (secrétaire). C'est ce personnage étrange que les agents découvrent avec stupeur tant il semble bouleverser les schémas traditionnels : n'est-ce pas l'alcoolisme « bourgeois », celui qui ne s'exhibe pas comme le faisait l'ivrognerie populaire, celui qui sait rester « *discret, sans hoquet* » (Nourrisson, 1990), au moins un certain temps ? La maladie alcoolique se ferait plus discrète, plus honteuse peut-être, moins avouable que ne l'était auparavant l'ivrognerie. L'ivrognerie avait un côté rassurant, elle rendait la limite clairement visible ; la maladie alcoolique fait peur, elle est partout et nulle part. C'est celle que les agents découvrent à l'intérieur de leurs propres rangs. Mais les images associées à l'« alcoolisme », la pathologie, font refléurir l'ivrognerie et l'ivresse, sous leurs aspects sombres, dangereux, violents, peut-être parce que ne sachant pas ce que cache la maladie alcoolique, on l'affuble de la face hideuse du mauvais buveur.

L'alcoolisme-maladie a quelque chose de profondément abstrait, c'est une catégorie qui ne se situe pas franchement dans le registre de l'expérience et du vécu quotidien : lorsque les agents évoquent l'alcoolisme, c'est de ses manifestations sensibles et visibles immédiates qu'ils parlent, le comportement de l'alcoolique (ou plutôt du mauvais buveur) qu'ils observent en premier lieu, le retentissement visible et perceptible de la boisson sur sa conduite et non les effets invisibles de la molécule dans le corps. On retrouve la confusion relevée notamment par Fainzang (1996).

Cette opposition forte entre l'alcoolique moderne et l'ivrogne traditionnel recoupe, sans se confondre avec elle, une autre distinction entre ceux qui supportent et ceux qui ne supportent pas. Cette grande distinction court tout le long du corpus et organise fortement les représentations de l'alcoolisme. Un médecin évoque ainsi « *des gens qui ne sont plus capables de se contenir, d'avoir des réactions normales. À partir du moment où vous n'êtes plus capable de tenir une conversation correcte, où vous n'êtes plus capable de vous tenir droit correctement, c'est que quelque part ça ne fonctionne plus très bien.* » L'ensemble du corpus applique ce critère pour distinguer, différencier et catégoriser. On oppose le fait de « *supporter facilement l'alcool* » au fait de « *s'abîmer la santé* », le fait de « *supporter la boisson* » à la « *gueule de bois* » ; on oppose parfois les alcooliques, « *qui tiennent bien* », aux ivrognes « *ivres en permanence* », en s'appuyant sur une observation rapide du comportement de l'individu. « *Certains boivent un demi litre et ça ne leur fera rien ; et puis d'autres avec un verre, ils sont cuits.* » Précisons pour être tout à fait clair que cette variabilité de la capacité à supporter l'alcool a assez peu à voir avec la variabilité individuelle du risque alcool mise en évidence par la recherche bio-médicale.

L'analyse montre ainsi que, parallèlement à l'interprétation médico-psychologique traitant de la maladie, de la perte de la liberté de s'abstenir, du corps biologique, se construit une interprétation profane qui renvoie au comportement visible du buveur, à sa conduite, au maintien de son corps, au contrôle de soi, ce qui prolonge les résultats de Fainzang (1996) et ceux de Cerclé sur une population de jeunes (1997). Le critère de distinction de cette classification profane n'est pas la quantité d'alcool objectivement consommée, ni les effets organiques de la consommation, ni même les raisons qui amènent à boire, c'est davantage la capacité du buveur à se maîtriser et à se contrôler malgré ce qu'il boit. Savoir boire est peut-être toujours une technique nationale qui sert à qualifier le Français (Barthes, 1957), mais celui-ci a semble-t-il aujourd'hui à prouver davantage son « contrôle » et sa « sociabilité » que « son pouvoir de performance » ; la performance porte plus sur le contrôle de soi que sur la quantité de boisson consommée.

Ce qui est dès lors apprécié et jugé, c'est moins la quantité absorbée que la capacité à la supporter, c'est-à-dire aussi à en dominer/masquer les effets visibles sur son organisme, son comportement, sa conduite. Ce qui est observé et organise le rapport à l'alcool, c'est moins le retentissement physiologique du boire que son retentissement comportemental. C'est ainsi d'abord par sa conduite, c'est-à-dire avant même toute infraction aux lois ou tout manquement aux mœurs, la conduite de son corps, sa diction, sa cohérence, son comportement et la conformité de ceux-ci aux stéréotypes attendus, que le buveur apparaît au normal ; c'est par tous ces signes visibles qu'il se fera progressivement reconnaître comme buveur, et avant cela reconnaître comme ayant un comportement inadéquat et suspect. Ce n'est donc pas tant la dépendance alcoolique qui est stigmatisée, c'est la conduite de l'homme ou de la femme ivre, ivrogne. La dévalorisation de l'ivrognerie et de l'ivresse (aspects visibles du boire) ayant peut-être ainsi pour effet premier de renforcer et de multiplier les pratiques de dissimulation-simulation — dissimulation de l'ébriété et simulation de la « normalité » — afin de préserver les apparences normales. C'est peut-être pourquoi en partie l'on découvre au sein des classes moyennes et supérieures beaucoup plus d'« alcooliques » que d'« ivrognes »...

Avant qu'il y ait imputation de maladie, et donc réorganisation de la désignation avec le diagnostic d'alcoolisme, il y a toute une série d'observations des déviations par rapport aux normes, aux règles et aux attentes sociales. Mais ce qui sera « étiqueté » (11), stigmatisé et condamné le cas échéant n'est pas tant le fait de trop boire (il se peut

(11) Pour une présentation de la théorie de l'étiquetage appliquée à l'alcoolisme, voir Corneil (1978).

même que le « buveur » soit devenu intolérant à l'alcool), c'est le fait d'être incapable de « supporter » ce qui est bu sans que ses propres activités journalières n'en soient visiblement affectées.

On voit donc, pour conclure partiellement, que, si elle ne rend compte que d'une partie du réseau sémantique de l'alcoolisme, l'approche médico-psychologique profane joue un rôle dans la construction du « bien boire » : la liberté à l'égard du produit, la mauvaise solution que représente l'alcool pour résoudre les problèmes, la méfiance du cercle vicieux, de l'entraînement. En revanche, un biais s'introduit subrepticement dans cette approche : si le « risque alcool » fait peur et peut inciter à la modération, c'est plus encore la perte du contrôle de soi (ébrioité, ivresse, ivrognerie) symbolisée avec outrance par la figure de l'ivrogne-clochard qui semble agir négativement sur le boire. La maladie alcoolique est un concept abstrait peu préhensible et qui ne donne pas prise facilement sur la réalité ; c'est encore le plus souvent par son comportement effectif/apparent et notamment la manière dont il se tient et sait se tenir que l'individu est perçu et évalué, et le buveur désigné et stigmatisé. C'est de ce dernier qu'il sera question maintenant, tant il alimente beaucoup plus les discours et les représentations que le « malade » alcoolique.

L'approche symbolique-phénoménologique : l'imaginaire de la chute

L'exploration du réseau sémantique de l'alcoolisme permet de dégager une deuxième approche, analytiquement autonome. Symbolique car elle touche aux significations profondes attribuées à l'alcoolisme, phénoménologique car elle appréhende l'alcoolisme tel qu'il se dessine dans l'esprit de l'acteur. Cette approche fonctionne sur le registre des oppositions structurantes, en établissant une différence de nature entre l'alcoolique et le « buveur normal ». La normalité est appréhendée verticalement : c'est un équilibre plus ou moins stable et précaire qui s'oppose à une chute, un basculement, une noyade. Ce sont les personnages ou les clichés de l'ivrogne et du clochard qui servent de référents négatifs — ces personnages visibles, montrés, bruyants, spectaculaires — et non le malade ou la maladie alcoolique. Le « risque alcool » inquiète sans doute, mais pas assez directement pour agir durablement sur la consommation ; il n'offre peut-être pas non plus de surface assez large pour que s'y greffe un imaginaire dynamique ; il manque de concrétude.

Il y a, en effet, ceux qui supportent, et qui ne s'en portent (apparemment) pas plus mal, et ceux (les mêmes peut-être, plus tard) qui ne supportent plus, indépendamment de la quantité absorbée, de la dépendance, de la maladie. Car l'alcoolisme est ici spontanément et avant tout effort

réflexif synonyme de systématique, de démesure, de soûlerie, d'ivresse, d'ivrognerie. C'est ce versant que nous allons explorer maintenant.

Chute du corps et chute symbolique

L'analyse des images et des métaphores qui se greffent sur la figure du buveur permet de dégager la structuration symbolique de l'imaginaire qui sous-tend le « bien boire » : un parallèle est très fréquemment établi entre la chute physique du corps ivre et la chute symbolique du buveur (12).

Le corps du buveur n'est pas tant celui qui ne peut plus oxyder ce qu'il consomme, c'est celui qui chancelle, trébuche, s'écroule. L'« alcoolique » se fait reconnaître quand il « *ne tient plus debout* », quand il n'est « *plus capable de se tenir droit correctement* ». C'est bien alors le fait qu'il semble ne pas ou ne plus supporter ce qu'il boit qui sert d'indicateur discriminant : il ne tient plus l'alcool, il ne sait plus se tenir. La maîtrise de son corps lui échappe. « *La démarche titubante* », « *pas entièrement d'aplomb* », « *les genoux qui flanchent* », sont autant d'indices de la défaillance du corps, de la faillite du contrôle de soi, du renversement des perspectives. Le corps chancelant peut se manifester aussi par le décalage de la perception, la distorsion du monde : le (mauvais) buveur n'a pas « *les yeux en face des trous* », ni « *les idées claires* ». Un des agents oppose ainsi celui qui sait rester « *tout à fait droit* », « *clair* », à ceux qui ont « *le regard trouble* », aux « *gens pas clairs* ». La vue se brouille, l'ordonnement du monde se décompose, l'univers bascule. Le corps du buveur est irrémédiablement attiré vers le bas. Et c'est sa chute physique visible qui certifie sa chute symbolique.

L'image qui illustre le mieux la correspondance entre la chute symbolique et la chute physique est celle du buveur « *ivre-mort-couché-par-terre* ». C'est le stade final de l'ivresse, la dernière étape de la chute du buveur. L'ivresse de l'ivrogne — avec lequel on confond l'alcoolique — renverse toutes les verticales : il est ivre, il titube, il s'affale, se vautre, s'étale par terre ou sous la table et s'y roule, comme mort. « *L'ivrogne qu'on voit sur le bord du trottoir* », qui « *traîne dans les caniveaux* », ou « *à quatre pattes dans les escaliers* » dessine plus sûrement le contenu spontané de l'imaginaire de l'alcoolisme que n'importe quelle « maladie », même alcoolique. Lorsqu'on voit « *ce qu'ils descendent* » il ne faut pas s'étonner de les voir « *avachis* », « *abattus* », comme des « *ruines* ». Comme si l'homologie entre la (bonne) descente et la dégringolade de l'échelle de l'humanité s'imposait d'elle-même. Bien sûr cette reconstitu-

(12) Véronique Nahoum-Grappe et Sylvie Fainzang notamment nous ont précédé sur cette voie.

tion est excessive, donnant un caractère systématique à ce qui apparaît beaucoup plus fragmentaire et flou. Mais elle permet de percevoir la manière dont se construit la représentation de l'excès. On peut voir encore sur un autre plan cette correspondance entre la démesure, la chute du corps et la chute symbolique : quelques agents livrent le scénario de leur première ivresse, celle qui les a en fait jetés par terre : « *Une fois j'étais un peu soûl, j'étais par terre* » (ouvrier), « *On m'a ramené dans une brouette* » (technicien), « *Je me suis retrouvé dans le fossé* » (technicien), « *La première fois que j'ai bu, j'étais rond, incapable de marcher sans me tenir le long des murs. Je suis resté trois ou quatre jours couché* » (technicien). Avant toute référence à la vie morale, si l'on suit Bachelard (1943), les métaphores de la chute sont assurées d'un réalisme psychologique indéniable : la peur de tomber est une peur primitive qui ne renvoie pas directement à la vie morale. L'imaginaire de la chute chez l'adulte semble ainsi renvoyer à la chute physique de l'enfant ; l'imaginaire de la chute alcoolique renvoie-t-il quant à lui à la chute du corps ivre de la première expérience alcoolique marquante ?

La noyade alcoolique

D'autres images établissent une analogie entre l'alcoolisme et la noyade, davantage liée symboliquement à la boisson même, à l'alcool qu'on « *ingurgite* » et qui submerge. L'alcool-béquille peut être perçu comme ce qui aide le buveur à rester debout, jusqu'au jour du moins où ce sera la béquille qui le fera tomber ; l'alcool-bouée est ce qui l'aide à ne pas se noyer, jusqu'au jour où l'alcool le noiera. « *Se jeter dans l'alcool* », « *se noyer* », « *s'enfoncer* », « *se débattre dans l'alcool* », « *sombrier dans l'alcool* » ou « *sombrier dans la maladie alcoolique* » sont autant d'images et de métaphores qui illustrent la noyade alcoolique. « *Plonger* » et « *replonger* » reviennent avec insistance. « *Il a replongé... Depuis qu'il a replongé, on ne le voit plus.* » L'image de la noyade semble dotée d'une profonde résonance affective. C'est une métaphore vive et vigoureuse. On se noie dans l'alcool ou on noie son chagrin dans l'alcool. L'image du buveur renvoie également à celle du corps « *imbibé* », « *imprégné* », au corps rond, plein, « *bourré* », trop plein, qui déborde, dégorge, cuve.

La chute (dans le) liquide renvoie peut-être également à l'une des images fortes du Chaos. Les représentations de l'alcoolisme confinent à un récit de fondation expliquant sinon la naissance du moins le maintien du monde normal contre les forces obscures, liquides, qui viennent de l'abîme, de la bouteille. L'alcoolique est celui qui sombre et se noie dans le chaos. Il arrive que le buveur normal imagine parallèlement le rôle qu'il peut tenir face à celui qui sombre : « *Il plonge, s'il n'y a pas quelqu'un qui peut le*

rattraper par les cheveux pour lui dire : “Ce n’est pas en te vautrant dans ta peine que tu vas t’en sortir !” » (administratif). Mais attention : « *Quelqu’un qui se noie, souvent il essaie de vous faire plonger avec. Quelqu’un qui est en détresse, s’il voit une bouée, il s’accroche* » (technicien). Plusieurs enfin expriment leur situation vis-à-vis de l’alcool avec cette métaphore : « *Je serais tenté de dire, à 55 ans, “je suis sauvé des eaux”. La seule chose qui pourrait me faire plonger...* » (administratif) ; l’on en fait parfois une parabole : « *Quand je suis dans une piscine, je sais combien de bassins je peux faire. Maintenant, si au cours de la traversée, il m’arrive quelque chose, là, je ne peux pas prévoir* » (technicien).

Les thèmes de la chute liquide et la noyade saisissent l’esprit et font éprouver intimement le sens de l’alcoolisme. Jandrot-Louka (1990) décrit par exemple la cure de désintoxication alcoolique en ces termes : « *Elle représente un laps de temps, une rémission entre deux alcoolisations, qui permet de donner l’occasion qu’une parole puisse se déployer, comme à partir de la chrysalide les ailes du papillon, et sortir avant que d’être refoulée par l’ingestion d’alcool et, par voie de conséquence, noyée par ledit alcool.* » L’alcool(isme) est le régime liquide (13) dans lequel on sombre, se saborde, coule, le régime sombre des profondeurs visqueuses contre lequel le régime diurne de l’aile et de l’ascension aérienne se déploie. Selon Nahoum-Grappe (1990) toute culture invente ainsi « *sa forme du pire* », pour la nôtre il s’agit d’une chute, d’une « *descente infernale, dans un bouillonnement incontrôlé, démesuré, torrentiel, organique et/ou onirique, lieu immonde* ».

Enfin, s’il prend souvent son sens en référence à la position des corps qui l’exprime ou en miroir avec l’élément liquide, le thème de la chute (alcoolique) est aussi souvent abordé seul, comme s’il se signifiait lui-même ou comme s’il renvoyait à une expérience intime signifiante. C’est alors le mouvement de la chute — opposé on va le voir à la descente — qui fait sens.

La chute et la pente savonneuse

Tomber, retomber, tomber dans l’alcool, tomber par alcoolisme, tomber dans l’alcoolisme, dans l’excès, le piège, basculer de l’autre côté, rebasculer, chuter, rechuter, toutes ces images et leur redondance signifient bien la « chute alcoolique », perçue comme interminable et irrémédiable. Il semblerait qu’une fois amorcée la chute n’ait pas de fin ni de fond : on tombe dans l’alcool ou par l’alcool, c’est le cercle vicieux, le

(13) Les psychanalystes disent d’ailleurs que le surmoi est soluble dans l’alcool.

cycle infernal qui conduit à la déchéance. « *Je voyais qu'il descendait, qu'il était vraiment au bas de l'échelle, qu'il dégringolait à toute allure* » (ouvrier). La dégringolade n'en finit pas, dans l'imaginaire du buveur normal. Mais on reconnaît parfois qu'un fond existe, plus ou moins solide, plus ou moins subjectif : c'est l'idée qu'il faut à l'alcoolique « *toucher le fond* », « *toucher son fond* » pour « *remonter la pente* », pour « *s'en sortir* ». C'est lorsqu'il a touché son fond qu'il prend conscience de sa chute, accepte de reconnaître son problème (d'alcool), se reprend éventuellement et peut rétablir le contact avec autrui. Il y en a comme cela ceux qui « *sont sans cesse à monter/descendre* », c'est-à-dire « *arrêter/reprendre* » (médecin).

La chute n'est pas toujours si raide (d'ailleurs quand le fond est atteint, la chute peut se transformer en pente à remonter) : elle s'euphémise parfois en descente, et l'on parlera dès lors plutôt de « *pente* » savonneuse ou mauvaise.

Il est donc nécessaire d'introduire ici une distinction importante pour comprendre plus pleinement la structuration dynamique de l'imaginaire du boire et du « bien boire » et l'ambivalence bien connue à l'égard de l'alcool : la descente n'est pas la chute, la pente n'est pas le gouffre ou l'abîme (Durand, 1984). La « *pente savonneuse* » s'insinue plus ou moins sournoisement entre le buveur normal et la chute alcoolique (14). Un des médecins interrogés établit explicitement cette classification : il distingue « *boire normalement* », « *être sur la pente savonneuse* » et « *sombrer dans l'alcoolisme* ». Certains viennent le voir, non pas les alcooliques (trop avancés pour le reconnaître) mais ceux qui ont le sentiment de glisser doucement, pour s'entendre confirmer qu'ils doivent rester vigilants. Plusieurs profitent de l'entretien pour exprimer leur « *penchant* », et leur crainte relative à ce penchant : « *On peut facilement glisser progressivement là-dedans. La peur, c'est qu'on y glisse tellement doucement... sans s'en rendre compte. Il y a des gens qui doivent vraiment se laisser prendre* » (secrétaire). Les représentations de l'alcool et de l'alcoolisme oscillent : l'alcool dessine une pente à laquelle il n'est pas toujours facile de résister ; mais l'alcoolisme est une chute qu'on redoute. La même ajoute plus loin : « *Je me suis dit : "C'est le piège, je suis tombée dedans, faisons attention". Enfin, je suis tombée dedans... Je suis au bord.* » L'image et la métaphore de la pente (mauvaise mais savonneuse, glissante) semble consister en une combinaison particulièrement ambivalente de la chute (effrayante) et de la (douce) descente. De la chute dans ce qu'elle a de terrifiant, mais aussi de repoussant et de dégradant comme on

(14) L'image de la pente fatale, notait Nahoum-Grappe (1990), glissante, malsaine, sert aussi bien à caractériser l'homme prêt à succomber à ses « passions » qu'à définir l'engrenage fatal du buveur ou du toxicomane à partir du XIX^e siècle.

va bientôt le voir ; de la descente dans ce qu'elle a au contraire d'attirant, de doux, d'intime, de confortable. La chute semble se caractériser par sa fulgurance et son non-retour ; la descente par sa lenteur et (l'illusion de) la maîtrise de la situation. La pente savonneuse est ce qu'on redoute et ce qui nous attire, selon l'équilibre ou la rupture d'équilibre que l'on arrive respectivement à maintenir et à éviter, selon également qu'on la voit comme euphémisation de la chute ou comme dramatisation de la descente. Car la limite semble fort mince entre la descente sans guide et la chute vers les abîmes : « *La descente risque à tout moment de se confondre et de se transformer en chute* » (Durand, 1984) (15). Ainsi, selon Nahoum-Grappe (1990) les métaphores liquides sont plus justes qu'une définition pour caractériser « *la rupture à deux temps de toute démesure : après avoir franchi un seuil, la descente en abîme* ». Une autre dont le rapport à l'alcool apparaît *a priori* non ambigu (dans l'entretien), avance en concluant : « *L'alcool, c'est un plaisir dangereux, même mortel. Ça fait peur. Ça me fait peur. C'est l'attirance... de l'éclatement, la fin du contrôle sur soi... se laisser aller...* » (secrétaire).

Il semble n'y avoir ainsi parfois qu'une limite étroite entre le penchant ressenti et l'abîme redouté. Les deux agents cités plus haut ont une tendance très forte à noircir l'abîme, comme pour conjurer tout risque de descente. Nous sommes pleinement ici dans le cercle vicieux, la spirale, au sens phénoménologique de ce qui est vraiment ressenti ou pressenti : « *On ne peut pas faire marche arrière, on ne peut pas faire machine arrière. On a engendré un cercle, ça doit être infernal* » (secrétaire). Un des sondés reprend le slogan pour définir l'alcool : « *Un ami qui vous veut du mal* » et précise : « *Il vaut mieux s'en méfier* » (technicien) ; un autre : « *Quelque chose d'agréable et nocif, on ne peut jouer avec sans se méfier.* » On retrouve donc ici l'alcool-méphistophélique, le tentateur, masquant l'abîme sous la pente attirante, et auquel renvoient également les formules comme : « être sous alcool », « sous l'influence de l'alcool », « sous l'emprise » ou « sous l'empire de l'alcool » (16).

(15) C'est peut-être également pourquoi en France du moins l'alcoolisation est définie et justifiée comme acte social et rituel convivial : boire seul, sans « guide », pour soi, c'est risquer la chute.

(16) Cette profonde ambivalence attribuée à l'alcool (bien plus qu'au rapport à l'alcool comme l'a bien montré Sylvie Fainzang, 1996) a fait l'objet de longs développements dans la littérature alcoologique. Citons Fouquet et de Borde (1985) : « *Symbolique sang de Dieu ou venin de Satan, subtil, menteur, trompeur, il est celui qui libère et celui qui asservit, celui qui fait le riche et le pauvre, tour à tour miel et fiel, pourvoyeur de joies, de peines, de génies et de folies.* »

Il faut souligner que rares sont les membres de l'échantillon qui ont développé cette métaphore de la pente et du penchant. La situation d'enquête ne s'y prêtait guère. Bien plus souvent ce sont les images de la chute et du « mauvais chemin » qui reviennent avec force, avec leurs correspondances sur le plan moral que sont la « ligne de conduite » opposée au « laisser aller ».

Nous ne pouvions indiquer ici que les thèmes imaginaires de la chute liés spontanément à la notion d'alcoolisme. Ces thèmes ne renvoient pas directement à la « faute » et au « péché » ; ils ont une signification plus large que la vision religieuse ou morale au sens étroit, une signification qui plonge aux racines de l'imaginaire et de l'expérience subjective. Si l'on se reporte à la grille de Durand (1984), on voit que l'on est ici dans le régime diurne héroïque de l'imaginaire : le « bien boire » se caractérise par la volonté comme principe de la conduite, la maîtrise de soi et du produit, la droiture corporelle et symbolique, la verticalité et l'ombre de la chute toujours se profilant et menaçant/préservant le « buveur normal » ; l'alcoolique, ou plutôt l'ivrogne, dessine en négatif cet imaginaire. Ce qui confirme en partie les travaux de Fainzang (1996) et ceux de Durand et Morenon (1972) : l'image sociale du buveur non alcoolique participe de la polarité héroïque de l'imaginaire ; celui qui « tient le coup » peut s'approprier la puissance de l'alcool, mais il ne se laisse pas asservir par le breuvage. L'alcoolique se révèle inversement incapable de se hisser à la hauteur de son modèle, incapable d'affronter les défis quotidiens, contraire du héros, simulacre d'homme (17). La chute reste un risque inscrit dans le « boire » : une rupture brutale, la perte d'un être cher, les contraintes minimales mais pesantes de la vie quotidienne sont perçues comme pouvant briser l'équilibre et faire « basculer de l'autre côté » : « *Les ailes nous manquent, mais nous avons toujours assez de force pour tomber* » (18). L'analyse phénoménologique de la chute alcoolique rejoint également le « diagnostic » dressé par Ehrenberg (1991) : les hommes des sociétés modernes doivent vivre « *comme des funambules sur le fil tissé de contraintes contradictoires, en équilibre instable sur le fil du rasoir* » (19).

(17) Sur ce point voir également Bateson (1977) : c'est en acceptant la défaite et en reconnaissant la supériorité définitive de l'alcool que l'alcoolique, selon les *Alcooliques Anonymes*, parvient à s'en sortir. Ainsi, selon cette théorie, l'alcoolique est celui qui ne parvient plus à être ou « comme les autres », ni à être perçu comme tel et qui doit le reconnaître pour avoir une chance de s'en sortir.

(18) Paul Claudel, *Positions et propositions*, cité en épigraphe par Bachelard (1943).

(19) Ehrenberg file plus longuement la métaphore au tout début de *L'individu incertain* (1995) : le héros moderne (l'individu ordinaire) surnage fébrilement pour éviter de couler, pour « tenir le coup », le cou hors de l'eau, en s'aidant si besoin de substances psychotropes.

Bachelard (1943) considère que les métaphores de la chute ont une résonance symbolique qui déborde la vision morale : « *L'esthétisation de la morale n'est pas un aspect superficiel ; ce n'est pas une métaphore qu'on peut retrancher sans risque.* » C'est en effet ce que notre analyse suggère : l'approche imaginaire est irréductible à l'approche morale comme à l'approche médicale ; elle comprend une logique spécifique, des métaphores énergiques, des images fortes dénuées de « connotations » strictement morales, un langage symbolique qui rend compte du réel, c'est-à-dire de la manière toute subjective dont est ressenti, perçu, vécu et décrit l'alcoolisme ou la menace de l'alcoolisme. Bachelard n'en souligne pas moins, par ailleurs, la grande synonymie de l'imagination et de la morale, de la chute imaginaire et de la chute morale, des images d'élévation et de l'élévation morale. La polysémie des termes employés pour représenter l'alcoolisme et l'alcoolique autorise, en effet, tous les glissements et les renforcements entre les registres : la chute, la déchéance, la dégradation dessinent un réseau de correspondances sémantiques très riche qui renvoie aussi bien au médical, au symbolique qu'à l'éthique. C'est cette synonymie et la synergie phénoménologique entre l'imagination et la morale, et plus précisément entre le régime diurne de l'imaginaire et la verticalité de la posture morale, qui va nous intéresser maintenant. La connotation morale et religieuse du vocabulaire qui désigne l'alcoolisme est d'ailleurs souvent soulignée : Barrucand (1984), par exemple, préconise d'éviter l'emploi des termes « chute » et « rechute » étant donné leur caractère quasi moralisateur et la culpabilité à laquelle ils sont fréquemment liés ; la « rechute » ne pouvant que confirmer qu'il y a eu chute, d'une part, répétition et redoublement de la chute primitive, d'autre part.

***L'approche morale-sociale :
déchéance, désocialisation, marginalisation***

Il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relève plutôt de l'approche médico-psychologique, de l'approche symbolique-phénoménologique, de l'approche morale-sociale. Ainsi, l'image de la chute-rechute renvoie-t-elle aussi bien au registre descriptif de l'alcoolisation-réalcoolisation, au registre symbolique de la chute dans les abîmes qu'au registre moral de la déchéance, sans que l'on puisse les dissocier clairement. La distinction est d'abord analytique. La notion de réseau sémantique désignant bien l'enchevêtrement de ces niveaux dans la pratique. L'approche morale-sociale dont il va être question maintenant définit la normalité, la modération (en tout), le « savoir "bien boire" » comme impératif norma-

tif, et l'alcoolisme comme échec de cet impératif, échec qui se manifeste moralement — c'est la déchéance morale et intellectuelle — et socialement — c'est la rupture du lien social.

La déchéance

Le registre de la déchéance qui sert de référent n'est plus l'imaginaire, mais la morale. Il s'agit moins ici d'une chute imaginaire que d'une chute morale ; il sera moins question de « *pente savonneuse* » que de « *mauvaise pente* », de « *mauvais chemin* » ou encore de « *chemin de travers* ». On dira de quelqu'un qui semble glisser sur la pente savonneuse qu'il est « *tombé dans ce travers* », comme pour rompre dans un sursaut moral le charme maléfique. L'alcoolisme est alors perçu comme une « *dégradation* », sans toujours préciser de quel ordre il s'agit : « *C'est une dégradation des gens* », « *Les gens sont détériorés* », « *C'est dégradant pour l'individu* ». La réflexivité joue encore ici à plein : « *C'est pour ça que je n'aime pas boire : quand je vois les gars se diminuer comme ça !* » (ouvrier). Enfin, comme si ce terme synthétisait toutes les périphrases, on parlera de « *déchéance* » ; on définira même l'alcoolisme comme « *La Déchéance* », comme si cette expression résumait toutes les chutes multiples et multiformes que l'alcoolique semble subir. Ainsi, à la différence peut-être de la période glorieuse de l'anti-alcoolisme (fin XIX^e, début XX^e), on ne parle pas de dégénérescence, encore moins de dégénérescence de l'espèce ou de la race, mais de déchéance, de déchéance de l'individu. Si certains soulèvent la question de « *l'hérédité alcoolique* », ce n'est pas elle qui organise les représentations. D'autres termes renvoient au même processus de décomposition morale, désignant plus directement l'individu : « *loques* », « *déchets* », « *épaves* », « *ruines* », formules lapidaires signifiant un délabrement complet. Nous retrouvons également les symboles d'inversion et les processus d'animalisation, d'infériorisation, de déshumanisation repérés par Fainzang (1996) et qui font de l'alcoolique le négatif du buveur normal, le rejetant dans l'état de nature.

La déchéance par laquelle on résume l'alcoolisme est caractérisée par une dissolution des normes et des repères qui servent à régler ordinairement la conduite de tout individu autonome et responsable en matière d'alcoolisation (comme en d'autres). C'est le régime du boire n'importe quoi (mauvais vin), n'importe quand (du matin au soir), n'importe où (en cachette), de n'importe quelle manière (à la bouteille), etc. Toute une série d'oppositions servent à qualifier cette emphase, cette systématité, cette passion, ce vice, et inversement, la culture du « bien boire » : boire/ingurgiter, goûter/descendre, déguster/boire, dégustation/appétence, qualité/quantité, plaisir gustatif/effets, ce qui plaît/ce qui fait plaisir, pas-

sion du vin/passion de l'alcool, maîtrise/abandon, éveil des sens/endor-
missement des sens, Esprit/Matière, léger/plein, ouverture sur autrui/fer-
meture sur soi, altruisme/égoïsme, etc. Ainsi : « *Le genre Kiravi, n'importe
quoi, les trucs qui vraiment ne valent rien, que certains consomment plu-
sieurs litres, ça on ne connaît pas à la maison* » (ingénieur). Le dégoût du
« goût » des autres, ici celui des ivrognes est clairement exprimé par plu-
sieurs : « *C'est fort désagréable de voir des gens ivres* » (femme méde-
cin) ; « *C'est dégoûtant de voir l'état dans lequel est la personne qui se
trouve sous l'emprise de l'alcool* » (ouvrier).

Ce serait souvent le manque de volonté, l'absence de fermeté, et plus
simplement le laisser aller qui conduiraient à cette déchéance multiple.
« *J'imagine quelqu'un qui prend un apéritif, un qui coule tout seul et qui
dit : "C'est bon, j'en reprends", au moment où il dit : "C'est bon, j'en
reprends", ça veut dire qu'il y a quand même un acte de... de laisser aller.
Je crois que c'est une ligne de conduite* » (ingénieur). La « ligne de
conduite » est ce qui permet de ne pas tomber malade, de ne pas chuter,
de ne pas déchoir ; elle se révèle donc valable pour lutter contre ces trois
risques (médical, symbolique, social). Mais elle désigne du même coup
son aspect normatif, précaire, volontaire, voulu. Elle révèle la contrainte
et l'autocontrainte. D'où la violence contre soi-même qu'elle suppose,
surtout en cas de laisser aller apparent : « *Je suis dur avec moi-même
disons. Donc je pense avoir assez de caractère et de volonté pour lutter
contre* » (technicien). « *Il y a l'alcool, il y a le sexe... Si on devait ne plus
freiner quoi que ce soit, le monde ce serait quoi ?* » (ouvrier). Beaucoup
reconnaissent plus ou moins ouvertement qu'il faut toujours faire effort,
se faire violence, se donner une morale et s'y tenir, pour affronter la pente
savonneuse, celle qui risque d'attraper celui qui « *lâche un peu les
freins* ». L'image de l'alcoolique-ivrogne-clochard sert de garde-fou de
cette ligne de conduite.

Le laisser aller se traduit par la déchéance alcoolique, c'est-à-dire
aussi une perte des capacités humaines. Devenir alcoolique, c'est ne plus
être capable de : « *plus capable de se contenir* », « *pas capable de dire
non* », « *Ils perdent leurs possibilités, ils perdent quelque chose, ils per-
dent le contact...* », « *On n'est plus maître de soi, dans le langage, le com-
portement. On n'a plus le contrôle de soi* », « *On perd tout, on perd son
honneur, on perd tout quand on boit* », « *Régiani ne boit plus mais il a été
alcoolique. Il le dit haut et fort, il s'en est réchappé, mais il a comme
perdu une partie de son âme* ». On peut souligner encore la confusion ou
l'amalgame très souvent fait entre l'alcoolisme et l'ivrognerie, ou même
la seule ivresse : « *Se bourrer la gueule, pas savoir ce qu'on dit, pas
savoir où on est, pas savoir ce qu'on fait...* » (technicien). Comme l'ont
noté Durand et Morenon (1972), dans le monde occidental, la dégradation

éthique commence avec l'ivresse et non avec l'alcool ; « *surtout si elle est recherchée pour elle-même* » (Barthes, 1957). Il s'agit donc d'une perte multiple et multiforme, globale. Mais c'est l'horreur de la perte du contrôle de soi qui se dégage avec force de l'analyse, non pas tant au sens attaché à la dépendance physiologique ou psychologique et à la diminution corrélative de l'autonomie personnelle mais au sens moral et social de la maîtrise de soi et de la situation qui suppose et permet le rapport à autrui : l'alcoolique est doublement aliéné car, n'étant plus maître de lui-même, devenu étranger à lui-même par l'asservissement au produit, il ne parvient plus à établir le contact avec autrui qui signe la commune humanité.

Désocialisation et marginalisation

Le rapport à l'alcool et à l'alcoolisme, plus encore certainement que le rapport à la maladie tel que l'a mis en évidence Herzlich (1969, 1986), est décrit comme un rapport aux autres et à l'ordre social. Plus précisément, c'est l'alcoolisme-destruction qui est mis en parole ici. L'alcoolisme, c'est la rupture du lien social. L'alcool, de liant social, instrument du lien, devient ce qui détruit le lien à autrui et à la collectivité, en devenant finalité. La relation addictive au produit engendre une perte du lien, quand elle n'en provient pas. La perte du lien se double d'une aliénation de soi. Le discours sur l'alcoolisme est ainsi un discours sur le lien social et sur la distance à soi qui permet de le nouer, sur la distance qui fait lien (Ehrenberg, 1995). L'alcoolique se retranche ainsi physiquement de ses semblables (par sa relation exclusive avec le produit, puis par la maladie et enfin la mort), mais avant cela il s'en détache moralement (il perd le sens des responsabilités, de l'autonomie personnelle et des devoirs envers les siens) et socialement (il se met à l'écart, s'isole, se cache, perd son travail, abandonne sa famille, rompt avec ses amis).

Trop boire, mal boire sont synonymes non seulement de dégradation de l'organisme, de dépendance physiologique ou psychologique, mais aussi et surtout d'incapacité de la part de l'individu à faire face aux exigences de la vie quotidienne, à assumer les responsabilités qui sont le propre de tout individu libre et autonome. En se montrant incapable de prendre en charge les devoirs associés aux statuts que les rôles qu'il occupe « objectivement » imposent (parent, travailleur, citoyen, homme/femme), l'alcoolique perd aussi et corrélativement les droits que ces statuts définissent et accordent à tout individu qui s'en montre digne. La désocialisation, la déchéance, les pertes multiples et multiformes signifient également cette perte des droits corrélatrice au manquement à ses devoirs, la perte des attributs, des valeurs, des sentiments que les devoirs (accomplis) et les droits (reconnus) légitiment : l'honneur, l'estime de soi et le respect d'autrui.

On peut ainsi mesurer la corrélation établie entre l'alcoolisme et la rupture du lien social de plusieurs façons : du point de vue des conséquences sociales de l'alcoolisme d'abord, du point de vue des facteurs préservants que constituent les appartenances sociales ensuite.

Du point de vue des conséquences sociales de l'alcoolisme, on évoque les violences familiales bien plus souvent que la perte du travail — ce qui peut être expliqué par les caractéristiques de l'entreprise (établissement public). Ainsi l'alcoolisme c'est : « *Envoyer les enfants : "Tu me casses les pieds !" »*, « *C'est quand même affreux, dangereux, ça vous détruit une famille et tout ça quoi* ». La relation alcool-malheur familial est très fréquemment faite : « *J'ai connu très jeune la relation alcool-malheur familial* » (technicien). Elle est développée avec son cortège de violence, de drames et de souffrance. Les conséquences sur le travail sont quand mêmes également citées : « *Sur le plan professionnel, les gens sont vite écartés* » (technicien) ; « *On peut tout perdre à cause de ça : son conjoint, ses enfants, son travail* » (secrétaire). Les conséquences sociales de l'alcoolisme sont même fréquemment mentionnées avant les conséquences organiques sur le corps. On a vu en effet que l'alcoolique se manifeste en premier lieu par son comportement ; ici, c'est son comportement social qui est en jeu. « *L'alcoolisme, ça vous évoque quoi ? Beaucoup de problèmes, que ce soit les dangers sur la route, les dangers professionnels, que ce soit au niveau de la famille, que ce soit au niveau de la santé tout simplement* » (technicien) ; « *L'alcoolisme, c'est une déchéance, avec toutes les conséquences : perte de boulot, perte d'amis, clochardisation, on peut se faire tuer ou on y passe soi-même de cirrhose. C'est un danger mortel* » (ingénieur).

Les appartenances socio-professionnelles (contraintes intégratrices) sont de même souvent données comme pouvant servir de freins à la consommation : « *Il y a la protection de son emploi, il y a la protection de sa famille, ça fait beaucoup de choses et dès qu'on se sent responsable, on met des limites. Quand on n'a plus le sens des responsabilités, à partir de ce moment-là on devient un petit peu marginal et c'est là qu'on fait des erreurs et qu'on est rejeté* » (administratif). La « *cellule familiale* », une « *éducation bien équilibrée* », le travail et le mariage sont donnés comme recours contre la boisson. « *Il faut choisir : ou vous êtes mariés, ou vous faites la fête* » (administratif). Plusieurs établissent clairement une causalité circulaire entre la « *fermeture sur soi* » et le fait de boire, et donnent les rapports humains comme alternative : « *Si on se referme sur soi, là on a des chances de tomber dans l'alcoolisme. Moi, j'ai besoin d'aller vers les autres* » (technicien). Ainsi, s'il facilite l'alcoolisation, le lien social est également donné comme un rempart contre l'alcoolisme.

Le symbole du buveur sans lien social, sans attache, sans règle, sans honneur, est figuré par le clochard. L'alcoolique lui-même est symbolisé par le clochard. C'est par les traits expressifs du second que l'on pense le premier. On peut voir ici clairement les raisons de cette équivalence : l'ivrogne-clochard est le cliché qui sert pleinement de référent contre-identificatoire car il symbolise et matérialise les conséquences présumées (morales et surtout sociales) de l'alcoolisme ; il cristallise toutes les dimensions de la déchéance, de la dégradation, de la rupture du lien, de la désocialisation, de la solitude et du rejet des autres. « *C'est la solitude concrète là. Clochard, c'est l'image criarde du manque d'attaches, du manque de rôle social, du rejet des autres. C'est clair, c'est salement clair* » (technicien). « *Zola, L'Assommoir, c'est pas que dans les livres ou dans le film* » (ingénieur). Le clochard est tout en bas de toutes les échelles de valeur : sa santé est détériorée certes, mais surtout sa personnalité est laminée, son estime de soi s'est dissipée dans les vapeurs éthyliques, il n'a plus d'honneur, ses relations aux autres laissent la place à une solitude extrême difficile à imaginer, tel du moins qu'il surgit dans l'imaginaire du « buveur sobre ».

Il semble ainsi qu'avant de perdre sa santé et sa vie, l'alcoolique subit une longue suite de pertes et de privations qui toutes sont de près ou de loin en rapport avec ses attaches affectives, familiales, professionnelles, ses attaches sociales en fait. La désocialisation totale qui suit s'achève dans une marginalisation et pour finir une exclusion ; la mort sociale précède la mort biologique. Ainsi, plus souvent encore que la dégradation physique et la maladie en tant que telles, qui restent abstraites et, en tout cas, insuffisantes pour comprendre ce qu'est fondamentalement l'alcoolisme, c'est la perte de tout ce par quoi l'individu social est défini, se pense et se vit que signe et signifie l'alcoolisme, la perte de ce qui fait de lui un être proprement humain, c'est-à-dire qui se rattache à la collectivité et qui rattache la collectivité à lui, qui fait lien, qui fait société. Les trois dimensions que nous avons dégagées théoriquement — déchéance, désocialisation et marginalisation — ne sont pas données ainsi dans tous les discours, mais elles se combinent le plus souvent jusqu'à dessiner le portrait d'un être en dessous de tout, à la dérive, détaché de tout lien social, symbole du « boire ».

Voyons pour finir ce que l'interviewée dont on a étudié l'ambivalence précédemment perçoit au bas de la pente/chute attirante/effrayante : « *On devient plus rien si on va jusqu'au bout, si on se laisse entraîner. On est un déchet, on devient un déchet. On est végétatif. On ne compte plus pour personne. Les autres ne comptent plus pour vous. On n'apprécie plus rien. On n'est plus apprécié par personne. On devient RIEN. On reste rien jusqu'à la fin de sa vie. C'est un cercle infernal.* » Tout se passe comme

s'il lui fallait noircir les conséquences sociales de l'alcoolisme pour contrebalancer la tentation-fascination qu'exercent sur elle les effets de l'alcool ; alarmée par sa propension à s'autoriser un apéritif de plus en plus fortement dosé — elle dit être « passée » d'1/3 à 3/4 de verre —, elle charge le verre tentateur d'autant d'images repoussantes et repoussées, en déposant au fond de l'abîme (du verre) des « démons » effrayants qui semblent l'aider à lutter contre son penchant. Mais ce processus n'est pas exceptionnel. Une bonne partie des agents attribuent aux « effets de l'alcool », au « risque alcool », des scénarios catastrophes qui semblent avoir une fonction bien précise : les empêcher de « succomber » (20). Ceci peut-être parce qu'il n'est pas facile de trouver d'autres bonnes raisons convaincantes de limiter sa consommation : ce qui motive les normaux à le rester, par-delà la dépendance et la perte de l'autonomie à l'égard du produit, c'est la désocialisation et la marginalisation — à laquelle beaucoup participent plus ou moins — qui semblent affecter celui qui se « laisse aller » à boire excessivement.

Conclusions

L'analyse montre donc que l'alcoolisme peut s'appréhender de trois manières relativement distinctes : l'approche médico-psychologique, empreinte fortement du discours savant, l'approche symbolique-phénoménologique, inspirée des représentations imaginaires, l'approche morale-sociale, fondée sur le jugement moral et le rejet social. L'analyse suggère que ces trois approches ont une relative autonomie sémantique et cognitive, sans que l'on puisse parler d'incompatibilité ; elles donnent trois définitions de l'alcoolisme et, par là, trois définitions complémentaires de la normalité, trois raisons de rester un « buveur normal ». Ces trois approches construisent trois différences entre le normal et l'anormal, qui agissent réflexivement sur la manière de définir le normal. On peut parler de vertu dissuasive concernant le « trop/mal boire ». Première

(20) Anceaux (1986) n'a pas fait autre chose que de formaliser à l'intention des alcooliques une procédure tout à fait banale fonctionnant chez le « buveur normal ». La thèse porte sur l'effet des « représentations mentales aversives » (alternative cognitive aux cures comportementales), c'est-à-dire des scénarios représentant les conséquences dommageables voire dramatiques de l'abus d'alcool, construits avec le sujet à partir de sa propre sensibilité, qui peuvent amener une modification de ses attentes quant aux effets de l'alcool et, par là, une modification de sa consommation.

menace : le corps menacé par la dépendance et la maladie organique ; deuxième menace : la chute imaginaire dans un abîme sans fond ; troisième menace : la déchéance morale et sociale, la rupture du lien social. Chute du corps, dégradation physique de l'individu, chute symbolique et imaginaire qui en redouble le sens et, enfin, chute morale et sociale qui parachève la déchéance. Trois menaces, trois représentations de l'alcoolisme, trois définitions du normal : un corps sain, une modération héroïque, un être social, trois raisons de le rester.

Les hypothèses nous paraissent ainsi dans l'ensemble validées. Les représentations de l'alcoolisme sont une dimension discursive, cognitive et normative de la construction sociale du « bien boire ». Une dimension discursive : elles apparaissent d'abord dans les discours et la communication sur le « boire » ; cognitive : elles informent le « bien boire », lui permettent de faire sens, comme activité signifiante normale dans un contexte et des limites donnés ; normative : elles forment également le « bien boire », l'opposant à des figures pathologiques, comme activité normative prescrivant ce qui doit être.

Les résultats suggèrent, par ailleurs, que, parmi les trois approches, c'est peut-être la troisième qui s'avère avoir le plus d'efficacité en terme de dissuasion. L'approche médico-psychologique profane reste abstraite et ambiguë : on a vu qu'une interprétation du comportement visible du buveur semblait venir pervertir l'approche médicale de l'alcoolique ; l'approche imaginaire est relativement trouble : l'image de la chute alcoolique risque de s'euphémiser en descente attirante ; l'approche morale-sociale paraît plus nette : l'observation des conséquences sociales et morales du « trop boire » semble agir efficacement et sur la construction sociale du « bien boire » et sur les limites normatives données à la consommation. Ainsi, par delà l'interprétation strictement médicale de l'alcoolisme, ce sont les représentations symboliques et surtout morales-sociales qui semblent dominer, en agissant réflexivement sur la consommation. Seules d'autres recherches permettraient de valider vraiment cette hypothèse. Les images sociales de la maladie portent sans doute pour partie sur les atteintes organiques du corps, mais aussi et surtout, semble-t-il, sur les atteintes symboliques, morales, sociales de l'intégrité psychique et des attaches sociales de l'individu, celles qui semblent atteintes en premier. Il n'est donc pas étonnant que les représentations de l'alcoolisme, plus fortement sans doute que les représentations de la santé et de la maladie (Canguilhem, 1966 ; Herzlich, 1969, 1986), soient moins une représentation du corps malade dans sa chair qu'une représentation de la perte du lien social et de l'équilibre. On pourrait même se demander, à la suite de Canguilhem, si le normal, le « bien boire » comme norme et comme idéal, n'est pas révélé par le « mal boire », l'alcoolisme : « *La vie ne s'élève à*

la conscience et à la science d'elle-même que par l'inadaptation, l'échec et la douleur » (p. 139) d'où : « *l'anormal, logiquement second, est existentiellement premier* » (p. 180). Plus précisément, la primauté existentielle de l'anormal, du pathologique, de l'alcoolisme, se manifeste dans l'image repoussante et repoussée qui en est faite : l'approche symbolique et l'approche morale-sociale construisent l'image d'un être peu reluisant, aliéné, image repoussoir symbolisée par le buveur-ivrogne-clochard (bien plus que par le « malade » alcoolique), image participant de la définition du « bien boire », servant de frein à la consommation et de bonne raison de se méfier de l'alcool.

Ainsi, il serait faux de dire que l'approche médicale a détrôné l'approche morale, ce qui était l'objectif déclaré de Jellinek et de beaucoup d'autres médecins. Mais il serait inversement incorrect de dire que l'approche médicale concerne le corps soignant, l'approche morale le corps social. Il serait plus juste de dire que la population développe des approches complexes, sensibles au discours médical, empreintes d'une forte charge imaginaire et encore très morales, dans des proportions variables et difficiles à dégager.

Notre étude corrobore, sur de nombreux points, les recherches de Fainzang, et en partie celles de Nahoum-Grappe sur les représentations de l'excès. Mais nos résultats nous conduisent à insister davantage que cette dernière ne semble le faire sur la dévalorisation relative du buveur dans le programme de la « sobriété distinctive ». Dans le modèle d'alcoolisation qui semble devenir prévalant avec la dominance des classes moyennes, l'ivrogne (ou même l'ivresse) apparaît de moins en moins comme un personnage populaire jovial, un bon vivant exhibant avec ostentation ses traits stéréotypiques largement acceptés socialement, tel que l'a longuement décrit Nahoum-Grappe. Sa carrière sociale semble en tout cas de plus en plus brève. L'ivrogne et l'ivresse — c'est-à-dire le personnage jouant la scène d'un spectacle attendu — tendent à être condamnés, comme modèles d'inconduite non plus tant intégrés que rejetés. L'alcoolisme chronique comme maladie plus ou moins masquée et discrète, relevant d'un autre registre, semble (sociologiquement) avoir, en revanche, encore de beaux jours. Selon Spode (1991), face au développement historique d'un homme moderne « sobre » et au déclin des formes traditionnelles de l'ivrognerie, l'alcoolisme en tant que maladie de la dépendance s'impose en effet avec plus de force.

Il faut rappeler pour finir les limites de cette étude. D'abord, si les hypothèses se trouvent validées, il faut ajouter qu'elles le sont en premier lieu dans notre échantillon. L'étroitesse de l'échantillon grève par avance la validité de toute généralisation empirique, nécessitant la mise en œuvre d'une recherche plus ample permettant également d'introduire des

nuances et d'étudier les variations. Ensuite, il faut admettre que l'hypothèse ne rend pas compte de l'ensemble des données recueillies. On a exposé par commodité le « bien boire » comme une entité univoque, définie en opposition au « mal boire », à l'alcoolisme. Or il apparaît que le « bien boire » n'est pas une norme simple, pas plus que le « mal boire » une contre-norme simple. Il serait plus juste de dire que le « bien boire » est une notion utile mais vague, plus encore certainement un idéal (régulateur) qu'une norme (appliquée), qui se définit notamment par rapport et en fonction d'un « mal boire » aussi confus. Aussi notre étude ne concerne-t-elle finalement qu'une dimension de la construction sociale du « bien boire ». On a essayé de montrer ailleurs (Gaussot et Ancel, 1996) que d'autres représentations de l'alcoolisme et de l'alcoolique, très différentes, émergeaient, notamment l'une, mineure, en prise avec la démarche médicale, essayant de comprendre l'alcoolique comme un « *égal en difficulté* », l'autre, marginale, faisant de l'alcoolisme un mode de vie dans un monde à part, celui des artistes. Malgré toutes ces limites, il nous semble que cette étude exploratoire ouvre un champ de recherche heuristique et fécond permettant de mieux comprendre le « bien boire », le « mal boire » et les interactions complexes qui les lient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Albert J.-P., 1989, La nouvelle culture du vin, *Terrain*, 13, 117-124.
- Anceaux F., 1986, *Utilisation des représentations mentales dans les modifications comportementales et cognitives vis-à-vis de l'alcool*, Paris, HCEIA, La Documentation Française.
- Arliaud M., 1976, La démarche du sous-traitant. Une approche titubante de l'alcoolisme, *Sociologie du Travail*, 18, 4, 362-380.
- Bachelard G., 1943, *La chute imaginaire. L'air et les songes*, Paris, Corti, 107-128.
- Barrucand D., 1984, 1988, *Alcoologie*, Riom, Laboratoires-CERM.
- Barthes R., 1957, *Mythologies*, Paris, Seuil, 74-77.
- Bateson G., 1977, *La cybernétique du « soi » : une théorie de l'alcoolisme, Vers une écologie de l'esprit*, tome 1, Paris, Seuil, 225-252.
- Boltanski L., 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales ESC*, 205-231.
- Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Caro G., Lemoine J.-F., 1984, *Cultures, manières de boire et alcoolisme*, Rennes, Bretagne, Alcool et Santé.
- Castelain J.-P., 1989, *Manières de vivre, manières de boire*, Paris, Imago.

- Castelain J.-P., 1992, *Bibliographie de la littérature non médicale sur l'alcool et l'alcoolisme. Penser la drogue, penser les drogues*, tome 3, Paris, Des-cartes, 55-87.
- Castelain J.-P., 1996, La quête des mots. De quelques usages de l'alcool dans la France de l'Ouest, *Communications*, 62, 181-193.
- Cerclé A., 1997, Analyse qualitative des motivations et des représentations sociales associées aux conduites d'alcoolisation juvéniles, *Alcoologie Plurielle*, 33-34, 22-34.
- Corneil W., 1978, L'alcool en milieu de travail. Étude sur l'étiquetage de l'alcoolique en milieu de travail, *Revue de l'Alcoolisme*, 24, 3, 173-192.
- D'Houtaud A., 1995, Pour des approches sociologiques quantitatives et statistiques de l'alcoolisation au service des approches cliniques des alcooliques, *Sciences Sociales et Alcool*, Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales, 165-219.
- D'Houtaud A., et al., 1988, L'alcoolique tel qu'il est perçu. Enquête auprès de deux populations dans le Nord et l'Est de la France. *Revue de l'Alcoolisme*, 33, 2, 105-142.
- Douglas M., 1987, *Constructive drinking. Perspective on drink from anthropology*, Cambridge University Press et Éditions MSH.
- Drulhe M., Clément S., 1995, Pour une sociologie de l'alcoolisme et des alcooliques, *Sciences Sociales et Alcool*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales, 93-164.
- Durand G., 1984, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Dunod.
- Durand Y., Morenon J., 1972, *L'imaginaire de l'alcoolisme*, Paris, Éditions Universitaires.
- Ehrenberg A., 1991, *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Esprit.
- Ehrenberg A., 1995, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- Fainzang S., 1994, Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité, *Sciences Sociales et Santé*, 12, 3, 69-99.
- Fainzang S., 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, Paris, PUF, Collection Ethnologies.
- Fouquet P., de Borde M., 1985, *Le roman de l'alcool*, Paris, Seghers.
- Gaussot L., Ancel P., 1996, Sensibilisation au « risque alcool » et représentations de l'alcoolisme, *Alcoologie*, 18, 3, 265-270.
- Garrier G., 1995, *Histoire sociale et culturelle du vin*, Paris, Bordas.
- Goffman E., 1975, *Stigmates*, Paris, Minuit, Collection Le sens commun.
- Herzlich C., 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris - La Haye, Mouton.

- Herzlich C., 1986, *Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social, L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel - Paris, Delachaux et Niestlé, 157-170.
- Hillemand B., 1995, Alcool, alcoolisme, alcoologie : repères historiques et nosologiques, *Alcoologie*, 17, 4, 373-390.
- Horellou-Lafarge C., Lafarge H., 1985, Vers la sobriété ?, *Informations Sociales*, 8, 57-65.
- Jandrot-Louka F., 1990, *Un pas de côté pour une clinique de l'alcoolique, De l'alcoolisme au « bien boire »*, tome 1, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales, 314-319.
- Jellinek E.M., 1972, *The disease concept of alcoholism*, 5th ed, Hilhouse Press.
- Jodelet D., 1984, Représentation sociale : phénomène, concept et théorie, *Psychologie Sociale*, Paris, PUF, 357-378.
- Kenen R.H., Anderson R.J., 1989, Alcohol and deviance : shifts on a social continuum, *Free Inquiry in Creative Sociology*, 17, 1, 85-93.
- Mottez B., 1976, Le médecin, le comptable et l'alcoolique, *Sociologie du Travail*, 18, 4, 381-393.
- Nahoum-Grappe V., 1990, Alcoolisme et toxicomanie : deux figures de l'excès, *Esprit*, 1, 74-83.
- Nahoum-Grappe V., 1991, *La culture de l'ivresse*, Paris, Quai Voltaire.
- Nahoum-Grappe V., 1994, Alcool et sciences sociales en France, *Pour une Alcoologie plurielle*, Paris, L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 107-113.
- Nahoum-Grappe V., Yvorel J.-J., 1992, *Histoire et anthropologie historique, Penser la drogue, penser les drogues*, tome 1, Paris, Descartes, 193-211.
- Nourrisson D., 1990, *Le buveur du XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel.
- Sansot P., 1991, *Paroles d'ivrognes : l'ivrogne public, Les gens de peu*, Paris, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 119-129.
- Sournia J.-C., 1986, *Histoire de l'alcoolisme*, Paris, Flammarion.
- Spode H., 1991, Krankheit des Willens. Die Konstruktion der Trunksucht im medizinischen Diskurs des 19 Jahrhunderts, *Sociologia Internationalis*, 29, 2, 207-232.
- Stuedler F., 1985, Représentations de l'alcool et de l'alcoolisme dans le cinéma français, *Bulletin du HCEIA*, 2, 139-154.
- Stuedler F., 1987, Alcool et alcoolisme dans le cinéma français : analyse d'un sociologue, *Bulletin de la SFA*, 1, 10-19.
- Taléghani M., 1995, Travail social et/en alcoologie, *Sciences Sociales et Alcool*, Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales, 221-294.

ABSTRACT

The object of this article is not to study the representations, the functions or the problems of alcohol amongst alcoholics, but to study the representations and the functions of alcoholism in the social construction of « good drinking ». The study was carried out amongst a sample from the middle and the upper classes using an in-depth, semi-directive interview. The thematic analysis revealed three types of representation of alcoholism: the medical-psychological approach, the symbolic-phenomenological approach and the moral-social approach. It appears that each approach contributes to the cognitive and normative elaboration of « good drinking »; the analysis suggests moreover that it is the moral-social representation which is the most efficient in terms of slowing down consumption.

RESUMEN

El objeto de este artículo no es la representación, la función o los problemas del alcohol en las personas alcohólicas, sino la representación, la función del alcoholismo en la construcción social del « beber bien ». El estudio está basado en una encuesta hecha a un grupo de personas de clase social media y alta que fueron interrogadas en una entrevista semi-directiva profundizada. Tres formas de representación del alcoholismo fueron manifestadas por un análisis temático : al aspecto médico-psicológico, el aspecto simbólico-fenomenológico y el aspecto moral-social. Resulta que cada aspecto contribuye a la elaboración cognitiva y normativa del « beber bien » ; por otra parte el análisis muestra que el aspecto moral-social es el freno más eficaz al consumo del alcohol.