L'alcoolisme entre délinquance et maladie : les intermittences de la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis (1860 - 1995)

Dominique Vuillaume

▶ **To cite this version:**

Dominique Vuillaume. L'alcoolisme entre délinquance et maladie : les intermittences de la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis (1860 - 1995). 2017. inserm-01592674

HAL Id: inserm-01592674

https://inserm.hal.science/inserm-01592674

Preprint submitted on 25 Sep 2017

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.

L'alcoolisme entre délinquance et maladie : les intermittences de la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis (1860 – 1995) (1)

Alcoholism between delinquency and disease: the ebbs and flows of the medicalization of alcoholism in the United-States (1860-1995) (1)

Dominique Vuillaume (2)

Résumé

Cet article a pour point de départ le paradoxe américain sur la question de l'alcool : la vitalité des mouvements de tempérance n'a pas dissuadé une partie du corps médical de rechercher très tôt des solutions thérapeutiques pragmatiques pour soigner l'alcoolisme. Pour autant peut-on parler d'une véritable médicalisation de l'alcoolisme au sens d'Irving Zola et de ses successeurs ? Pour répondre à cette question l'article revient sur le développement difficile d'une clinique de l'alcoolisme outre-Atlantique au-delà des pétitions de principe énonçant que l'alcoolisme est une maladie. De l'effondrement de la première clinique alcoolique au début du XXème siècle à sa résurgence après l'abolition de la prohibition, quelque chose de profondément original finit par émerger mais il ne s'agit pas d'une clinique classique : c'est plutôt une clinique sociale, une clinique de la restauration du libre-arbitre dans une problématique spécifiquement américaine.

Mots clés : alcoolisme, ébriété chronique, concept de maladie alcoolique, communautés narratives, thérapie comportementale individuelle, libre-arbitre, réhabilitation

Abstract

The starting point of this article is the American paradox on the issue of alcohol: the vitality of the temperance movement has not deterred some of the medical profession to seek early pragmatic therapeutic solutions to treat alcoholism. However, can we speak of a true medicalization of alcoholism in the sense of Irving Zola and his successors? To answer this question the article goes back over the difficult development of the alcoholic medicine in the United States behind rhetoric stating that alcoholism is a disease. From the collapse of the first alcoholic medicine in the early twentieth century until its resurgence after the Repeal of prohibition, something profoundly original finally emerges but it's not a conventional medicine: it's rather a social medicine, a medicine of restoration of free will in a specifically American paradigm.

Keywords: alcoholism, inebriety, disease concept of alcoholism, narrating communities, individual behavior therapy, free will, recovery

---

(1) Ce texte est une version de travail préalable à un article qui a été publié dans le numéro de décembre 2016 de la revue « Sciences sociales et Santé » (Vol 34, n° 4).

(2) Historien des idées et sociologue au CERMES 3, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société - Unité Inserm 988, UMR CNRS 8211, EHESS, Université Paris-Descartes : campus CNRS, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif Cedex. E-mail : dominique.vuillaume@inserm.fr

La question de l'alcool et le paradoxe américain

La vitalité des mouvements de tempérance est une constante de l'histoire américaine depuis les origines jusqu'aux années de plein déploiement de la prohibition de l'alcool (1919 – 1933). Les premières ligues de tempérance apparaissent dès les premières années du XIXème siècle, notamment dans les zones rurales et à l'initiative, la plupart du temps, de citoyens de base. Assez vite, la philosophie de ces groupements se durcit, passant de l'objectif de modération de la consommation d'alcool à celui d'abstinence (Nourrisson, 1988). Dès lors la société américaine idéale ne peut être qu'une société sans alcool. On doit au sociologue américain Joseph Gusfield une contribution majeure à l'étude de ces mouvements de tempérance (Gusfield, 1963). L'intérêt du travail de Gusfield est, entre autres, d'avoir mis en évidence la dynamique proprement symbolique et culturelle qui sous-tend le très fort activisme de ces ligues et qui en font d'authentiques « entreprises de morale ». Et cet activisme jouera un rôle déterminant dans le processus de construction, aux Etats-Unis, « du problème public de l'alcool », processus qui aboutira in fine à l'instauration en 1919 de la prohibition de l'alcool dans les 50 Etats américains (Gusfield, 1968).

Or il y a sur ce plan un véritable paradoxe américain : la vitalité et l'esprit de conquête des mouvements de tempérance n'ont pas réussi à dissuader une partie du corps médical de rechercher en parallèle, et ce dès les années 1850/1860, des solutions thérapeutiques pragmatiques pour soigner l'alcoolisme (White et Callahan, 2014). Ces médecins minoritaires mais actifs se donnent pour tâche de penser le trouble alcoolique comme une authentique maladie plutôt que comme une perversion morale qui menace les valeurs américaines. Un concept spécifique émerge de leurs réflexions au début des années 1860 : celui d'*inebriety* au sens d'ébriété chronique. Cette notion nouvelle ne tardera pas à jouer le rôle de paradigme fédérateur entre les différents partisans de la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis, au

point de susciter la naissance et la consolidation d'un véritable mouvement en faveur d'une prise en charge clinique de l'alcoolisme : le mouvement de *l'inebriety*[1]. Celui-ci va coexister tant bien que mal avec les mouvements de tempérance entre les années 1870 et la première décennie du XXème siècle avant d'être emporté par le mouvement majoritaire de l'opinion américaine en faveur de la prohibition.

Cette première séquence illustre une particularité de l'histoire américaine de l'alcool et de ses usages : la difficulté sans cesse éprouvée par les différents protagonistes à tracer une frontière stable entre délinquance et maladie. C'est le cas des mouvements de tempérance qui oscillent au fil des années entre condamnation et réformation morale des alcooliques. Mais c'est aussi le cas des médecins et des malades engagés dans le mouvement de l'*inebriety* et qui éprouvent de réelles difficultés à se départir de toute considération morale dans le cours même des soins. On peut évoquer sur ce sujet l'analyse historique extrêmement précise de Sarah W. Tracy (Tracy, 2005).

Un autre trait lui aussi caractéristique se dégage de cette première étape : la difficulté, au-delà de la pétition de principe consistant à déclarer que l'alcoolisme est une maladie, à construire une clinique opérante de l'alcoolisme suscitant l'adhésion réelle des patients et des résultats convaincants si ce n'est en termes d'atteinte de l'abstinence, du moins en termes d'espacement des épisodes d'alcoolisation. L'article en forme de bilan de T.D. Crothers, publié en 1906 dans le *British Journal of Inebriety*, dresse un constat relativement désenchanté des avancées proprement cliniques du mouvement de l'*Inebriety* (Crothers, 1906). A l'évidence, il ne suffit pas de déclarer que l'alcoolisme est une maladie pour parvenir à médicaliser dans les faits sa prise en charge (White et al., 2003).

[1] On peut légitimement parler d'un mouvement car sur à peine plus d'une décennie (1864–1876), les médecins promoteurs de la notion *d'inebriety* vont créer des asiles pour *inebriates* et fonder une société savante ainsi qu'une revue scientifique ad hoc. Le mouvement de l'*inebriety* fera des émules au Canada et en Angleterre. Dans ce dernier pays, le Docteur Norman Kerr en sera le porte drapeau le plus actif (cf. Crothers, 1906).

Ces difficultés à faire entrer l'alcoolisme dans des problématiques cliniques ré-émergeront de façon spectaculaire au début des années 40 avec l'abolition de la prohibition et la nécessité concomitante de proposer aux alcooliques des traitements possiblement efficaces. Comme on le verra par la suite, l'abolition de la prohibition a permis la naissance d'une seconde clinique alcoolique américaine. Celle-ci va se heurter quasiment aux mêmes difficultés et apories que la précédente mais avec plus d'inventivité et de succès. C'est pourquoi on ne peut pas se contenter de penser les flux et reflux de la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis uniquement en référence aux oppositions externes rencontrées par la communauté médicale et en particulier, aux options sécuritaires portées par l'activisme tous azimuts des mouvements de tempérance. Il faut également prendre en compte les fragilités internes du processus, quelque chose que l'on pourrait caractériser comme un manque d'assises internes - à la fois conceptuelles et institutionnelles - à la médicalisation et qui va prédestiner la clinique alcoolique à diverses formes d'improvisation et d'innovation qui vont induire, in fine, sa profonde originalité.

Le concept de médicalisation est-il approprié pour évoquer l'expérience américaine de l'alcool et de l'alcoolisme ?

L'expérience américaine de « médicalisation » de l'alcoolisme, avec ses flux et ses reflux, constitue une occasion particulière de faire retour sur les notions maintenant anciennes de médicalisation de l'existence et/ou des comportements afin de mettre à l'épreuve leurs capacités actuelles d'explication pour l'histoire des idées et la sociologie de la connaissance dans le domaine particulier de l'addiction à l'alcool. Apparu au début des années 70 dans le sillage de la sociologie constructiviste (Freidson, 1970 ; Zola, 1972), la notion de

médicalisation[2] a eu son heure de gloire dans les deux décennies suivantes, en cristallisant un espace polémique, particulièrement dans l'univers anglo-saxon. Considérée initialement par les tenants de l'école sociologique du « contrôle social » comme un mouvement irrésistible et irréversible de mise sous tutelle médicale de populations et de comportements déviants et d'extension indéfinie du pouvoir des professions médicales (Chorover, 1973 ; Szasz, 1974 ; Illich, 1975 ; Conrad et Schneider, 1980), la « médicalisation » a suscité par la suite des travaux plus équilibrés s'attachant à en détailler les diverses formes et surtout, les limites et contraintes tant internes qu'externes (Fox, 1977 ; Srong, 1979 ; Conrad, 1992 ; Ballard et Elston, 2005 ; Rose, 2007).[3]

Or curieusement, le champ d'étude de l'alcoolisme aux Etats-Unis a échappé presque entièrement à ces oppositions polémiques et la vision clairement dominante est celle d'une médicalisation difficile mais libératrice, émancipant définitivement les alcooliques de la réprobation morale et du risque pénal d'emprisonnement (Levine, 1978 ; Room, 1983 ; Roizen, 1991, 1996, 2000 ; White, 2000 ; White et al., 2001). Au milieu de ce consensus, les voix discordantes sont rares et maintenant anciennes (Fingarette, 1988 ; Peele, 1989).

Une médicalisation en trompe l'œil et pleine de faux semblants ?

Le présent article n'a pas pour objet d'engager une analyse critique de cette vision optimiste de la médicalisation du comportement alcoolique aux Etats-Unis conçue comme un processus de libération. Le fil conducteur qui va nous guider est autre : il s'agit de partir de la « fragilité » du processus de médicalisation outre Atlantique afin d'analyser en quoi ce manque d'assise a été paradoxalement le moteur d'une inventivité réelle dans les processus de construction et de routinisation d'une clinique alcoolique « interactive ». Cette clinique – qui

[2] Nous prenons ici la notion de médicalisation dans son sens initial tel que Zola l'a formulé en 1983 : « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine » (Zola, 1983, p. 295).

[3] Dans son article théorique de 1992, Conrad définit trois niveaux du processus de médicalisation : conceptuel, institutionnel et dans les interactions médecins/malades.

va se révéler plurielle dans les années post-prohibition – expérimente à partir des années 1940 des modes d'intervention inédits qui seront appliqués, par la suite, à d'autres addictions (opiacés, psychostimulants, addictions comportementales). Or on verra qu'il est difficile d'appréhender ces modes d'intervention dans une logique purement médicale. En fait, la notion la plus pertinente pour les décrire pourrait être celle d'une clinique « sociale » originale de l'alcoolisme qu'on ne peut réduire ni à une mise sous tutelle médicale des patients alcooliques ni à une libération individuelle de l'esclavage de la dépendance par les seules vertus de la cure.

En approfondissant cet angle d'analyse, nous souhaitons démontrer que l'on a affaire, en réalité, à la construction empirique - entre les années 1940 et les années 1980 - de nouvelles formes d'intervention sociale plus subtiles dans leurs finalités que le simple contrôle social des buveurs excessifs car elles visent à redonner aux sujets en situation d'addiction les moyens d'améliorer par eux-mêmes leurs conditions d'insertion dans la société par une restauration du contrôle de soi en vue de maîtriser les envies de boire lorsqu'elles se manifestent.

Afin de suivre et d'analyser dans le détail ce processus de médicalisation en « trompe l'œil », nous reviendrons dans un premier temps, sur la naissance de la première clinique alcoolique américaine avec le mouvement de l'*inebriety* pour en suivre les développements et évoquer la conjonction des facteurs qui ont provoqué sa disparition au seuil de la première guerre mondiale. Puis, dans un deuxième temps, nous évoquerons la naissance de la seconde clinique alcoolique dans le sillage de l'abolition de la prohibition de l'alcool avec une disjonction très frappante entre l'élaboration, à ce moment là, d'un savoir proprement « médical » sur l'alcool et l'alcoolisme illustrée par le nom et l'œuvre d'Elwin M. Jellinek mais sans débouchés cliniques immédiats et la construction, en parallèle, d'une clinique

expérimentale de l'alcoolisme partiellement dépourvue d'étayage conceptuel mais extrêmement inventive pour son époque.

Quelques points de méthode

Au niveau des sources utilisées pour étayer notre analyse, nous avons privilégié les sources de première main chaque fois qu'elles étaient accessibles et qu'elles n'étaient pas reprises dans des synthèses historiques contemporaines détaillées comme celle de Sarah Tracy déjà citée. A cette fin et pour nous guider dans l'exploitation de l'abondante littérature américaine relative à l'alcoolisme et au « disease concept of alcoholism », nous nous sommes appuyés sur un remarquable travail de recension bibliographique mis en ligne en 2001 par trois historiens des idées américains, William White, Ernest Kurtz et Caroline Acker (*The Combined Addiction Disease Chronologies*), présenté sous la forme d'une bibliographie commentée avec un choix représentatif de citations d'origine couvrant la période sous revue (White et al., 2001). Le corpus référencé dans cette recension est impressionnant : plus de 600 références d'articles médicaux, d'ouvrages scientifiques et de prises de position de sociétés savantes ou d'organismes de régulation effectivement publiés entre 1800 et 1999. S'agissant de la période couverte par le présent article (1860–1995), on dénombre 494 références se répartissant en 109 références correspondant à la période de déploiement de la première clinique alcoolique américaine (1860-1919) et 385 références correspondant à la période d'installation de la deuxième clinique alcoolique américaine (1940-1995). En prenant appui sur les citations reliées aux 494 références, nous avons sélectionné les publications les plus significatives pour cette recherche sur la base des mots clés figurant soit dans les titres soit dans le corps des citations en pondérant par la position (institutionnelle et/ou intellectuelle) de l'auteur par rapport aux courants cliniques étudiés[4]. Chaque fois que les citations figurant

[4] Notre stratégie de recherche a consisté à partir des mots clés les plus généraux (tels qu'alcoholism, inebriety, alcohol addiction) afin de sélectionner un 1er corpus de références délibérément large ; puis on a resserré la

dans la recension permettaient d'identifier telle ou telle référence comme une publication clé, on s'est attaché à faire retour au texte original lorsqu'il était accessible.

1/ Naissance, développement et disparition de la première clinique alcoolique américaine (1860 – 1919)

Cette première période couvre une soixantaine d'années à la charnière des XIXème et XXème siècles et prend fin avec l'instauration de la prohibition de l'alcool dans les 50 Etats de l'Union en 1919.

L'essor du mouvement de l'inebriety

Aux Etats-Unis, on observe une relative précocité de la réflexion sur l'alcool puisque les premiers écrits de Benjamin Rush sur cette question coïncident avec les premiers temps de la révolution américaine à la fin du XVIIIème siècle.[5] Du début du XIXème jusque dans les années 1850, deux concepts partiellement équivalents structurent la réflexion américaine sur l'alcool : l'intempérance *(intemperance)* et l'ivrognerie *(drunkenness).* L'accent est clairement mis sur le comportement alcoolique et sur les passions excessives qu'il induit mais on observe en même temps une valse hésitation récurrente entre une grille de lecture plutôt morale et une autre, plutôt médicale, du trouble alcoolique.

A partir du milieu du XIXème siècle, l'utilisation de ces deux concepts décline au profit d'une catégorie nouvelle, celle d'ébriété au sens d'ivresse chronique : *Inebriety.*[6] L'attention reste focalisée sur le trouble alcoolique en tant que trouble du comportement mais l'accent est davantage mis sur l'action propre de l'alcool, c'est-à-dire sur sa capacité à générer une ivresse

---

recherche bibliographique en utilisant les mots clés plus spécifiques apparaissant dans ce 1er corpus (tels self-help groups, narrating communities, loss of control, …).

[5] L'ouvrage phare de Benjamin Rush sur la question de l'alcool et de ses dangers date de 1790 (Rush, 1790, 1814).

[6] Utilisée dès 1857 par le Docteur James Turner (cf. White et al., 2001, p. 16), cette expression ne reçoit pas de définition précise. En fait, on peut penser qu'elle a été choisie principalement parce qu'elle est dépourvue de connotations morales contrairement aux notions *d'intemperance* et de *drunkenness.*

désirable en soi, cette dernière devenant permanente dans l'alcoolisme chronique. Les médecins américains semblent plus à l'aise avec cette notion nouvelle qui oriente clairement le trouble alcoolique dans le sens de la maladie - l'alcoolique est victime des sortilèges de l'alcool - et légitime la recherche de thérapies adaptées pour les *inebriates.* De fait, son influence va rapidement s'étendre à compter des années 1860. En 1864, le Docteur James Turner ouvre le premier asile pour *inebriates* à Binghampton dans l'Etat de New York (White, Kurtz, Acker, 2001, p. 17). En 1870, à l'initiative du Docteur Joseph Parrish, *The American Association for the Cure of Inebriety (AACI)* voit le jour. Elle a pour mission de promouvoir l'idée que l'ébriété chronique est une maladie qui relève du soin et dont la cause première est la susceptibilité constitutionnelle des *inebriates* aux effets hédoniques de l'alcool.[7] Dans le sillage des premières réunions de l'AACI, le Docteur T. D. Crothers fonde en 1876 le premier journal médical spécialisé dans les questions de dépendance à l'alcool et sur les modes de traitement adaptés, *the Journal of Inebriety,* qui paraîtra jusqu'en 1914 (White et Callahan, 2014).

Le passage difficile du concept d'inebriety à ses applications cliniques potentielles

Le concept d'*inebriety* place au premier plan l'action séduisante de l'alcool sur des sujets vulnérables. Assez logiquement, il oriente les premières expérimentations cliniques vers l'atteinte de l'abstinence considérée comme l'objectif thérapeutique prioritaire. Si c'est le produit qui provoque l'addiction, il faut protéger les sujets vulnérables de sa séduction en le mettant à distance. De fait, les médecins engagés dans le mouvement de l'*inebriety* vont rapidement éprouver les difficultés de l'exercice et les échecs se révèlent d'emblée nombreux (Tracy, 2005, Chap. 1 - 2).

[7] « Its primary cause is a constitutional susceptibility to the alcoholic impression » (Proceedings of the AACI – 1870-1875, cités par White, Kurtz, Acker, 2001, p. 19)

Ces échecs compliquent l'institutionnalisation des asiles pour *inebriates* dans le paysage médical américain. Malgré les nombreuses démarches entreprises par l'*AACI* auprès des autorités publiques pour pérenniser le financement des asiles et les rendre moins dépendants des donations privées, le mouvement échouera globalement à obtenir le principe de financements publics pour ces nouvelles structures de « soins » faute de résultats tangibles pour les responsables politiques. Au niveau fédéral, seules 6 divisions pour *inebriates* au sein de grands hôpitaux recevront des fonds publics. Localement, quelques asiles pour *inebriates* en bénéficieront également mais au prix de sévères négociations avec les autorités politiques et judiciaires du cru. Pour Sarah Tracy, ces négociations, qui incluent également les patients alcooliques et leurs familles, illustrent le processus complexe de construction sociale de la notion « d'alcoolisme-maladie » aux Etats-Unis durant les trente dernières années du XIXème siècle ainsi que son caractère incomplet et finalement très fragile. Même les médecins les plus engagés éprouvent des difficultés à appliquer des traitements purement médicaux et combinent ces derniers avec des approches morales qui rencontrent l'accord des patients plus enclins à se percevoir comme des déviants que comme des malades (Tracy, 2005, Chap. 2 – 3).

Dans son hommage posthume à Norman Kerr en tant que porte-drapeau du mouvement de l'*inebriety* en Grande Bretagne, Le Docteur Crothers dresse en 1905 un bilan relativement désenchanté des avancées théoriques et cliniques du courant de l'*inebriety* aux Etats-Unis. Ainsi, évoquant les premières années d'existence de l'asile pour *inebriates* de Binghampton aux Etats-Unis, il écrit : « Les espérances et enthousiasme des débuts firent rapidement place aux conflits et aux déceptions » (Crothers, 1905, p. 109).[8]

[8] « The expectation and enthusiasm at the beginning soon reacted in conflicts and disappointments »

La montée en puissance des approches prohibitives de la question de l'alcool et des drogues et l'effondrement de la première clinique alcoolique américaine (1900 – 1919)

Dans les premières années du XXème siècle, le climat politique et intellectuel se transforme radicalement aux Etats-Unis. La conviction selon laquelle le danger de l'alcool et des drogues ne peut être efficacement combattu que par des règlementations éminemment restrictives, voire par l'interdiction pure et simple des substances, progresse rapidement dans l'opinion et les milieux politiques. Symétriquement, les approches médicales en termes de soins aux *inebriates* sont de plus en plus contestées à la fois dans leur légitimité et dans leur efficacité (White et Callahan, 2014). S'agissant de l'alcool, les mouvements favorables à son interdiction se renforcent considérablement du fait de la convergence d'intérêt et d'action entre les ligues de tempérance traditionnelle issues des mouvements religieux protestants et le mouvement féministe naissant qui voit dans l'intempérance des maris un obstacle majeur à l'émancipation politique et sociale des femmes. Dès 1905, plusieurs Etats américains prennent l'initiative d'interdire l'alcool sur leurs territoires. En 1916, la prohibition de l'alcool fait déjà partie de la législation de 26 Etats sur 49. En 1919, le 18ème amendement à la Constitution des Etats-Unis généralise la prohibition de l'alcool à l'ensemble des Etats de l'Union.

Dans le sillage de ces orientations répressives, la « démédicalisation » des prises en charge de l'alcoolisme va bon train. Du fait de la raréfaction des financements, beaucoup d'asiles pour *inebriates* mettent la clé sous la porte entre 1900 et 1920. Les patients sont orientés vers des structures de prises en charge de philosophie beaucoup plus répressive telles les colonies pénitentiaires pour *inebriates (inebriate penal colonies).* Parallèlement, l'édifice conceptuel et professionnel qui sous-tendait le développement du mouvement de *l'inebriety* s'effondre. Le *Journal of Inebriety* cesse de paraître en 1914. L'*American Association for the Study and Cure of Inebriety* s'auto-dissout au début de 1920 (White et Callahan, 2014).

Parallèlement, des explications du trouble alcoolique comme révélateur d'un problème de personnalité sous-jacent plutôt que comme l'expression d'une sensibilité particulière aux effets hédoniques de l'alcool commencent à être formalisées et trouvent un écho favorable dans les milieux médicaux et professionnels. (Abraham, 1926 ; Kolb, 1927).

2/ Naissance et développement de la deuxième clinique alcoolique américaine : entre construction d'une théorie médicale et expérimentations pratiques (1933 – 1995)

Cette deuxième phase de l'histoire américaine de la médicalisation de l'alcool s'ouvre avec l'abolition de la prohibition en 1933 ; elle va se caractériser tout du long par une recherche de légitimité scientifique à travers la construction d'une théorie médicale générale de l'alcoolisme censée offrir une base rationnelle aux pratiques cliniques.

L'abolition de la prohibition (Repeal) et les prémices d'une nouvelle réflexion médicale sur l'alcoolisme (1933 – 1940)

L'abolition de la prohibition trouve ses racines dans la grande dépression de 1929 et la nécessité vitale d'augmenter les ressources fiscales des Etats et de l'Etat fédéral notamment pour financer la politique des grands travaux du New-Deal.[9] Mais cette fin de partie laisse en suspens la question sous-jacente des effets proprement sanitaires de la prohibition en tant que politique « autoritaire » de santé publique. A cet égard, il semble que les contemporains du Repeal n'aient pas été en mesure de trancher quant aux effets positifs ou négatifs de la prohibition sur la santé des américains. Et cette incertitude va insensiblement glisser du jugement sur la Prohibition en tant que politique possiblement positive ou négative au plan sanitaire à celui sur l'alcool en tant que substance possiblement dangereuse ou bénéfique pour

[9] Tant que les produits alcoolisés demeurent des produits interdits, ils ne peuvent être taxés par les Pouvoirs Publics.

la santé. C'est pour contribuer à lever ces incertitudes au moyen du développement d'une véritable « science alcoologique » que des universitaires et des chercheurs de l'Université de New-York - associés à des scientifiques de l'Association américaine pour l'avancement de la science - décident de créer, en octobre 1938, le Conseil de la Recherche sur les problèmes d'alcool (The Research Council on Problems of Alcohol, RCPA). Ce conseil entend promouvoir le développement de la recherche scientifique sur l'alcool et l'alcoolisme dans les différentes disciplines intéressées afin de clarifier les débats post-prohibition sur les dangers de l'alcool pour la société américaine. A sa création, le RCPA est co-animé par le Docteur Norman Jolliffe, « Research Assistant » en nutrition à l'hôpital Bellevue de New-York, et le Docteur Karl. M. Bowman, psychiatre dans la même institution (Schneider, 1979 ; Roizen, 1991, 2000). Afin de coordonner l'effort de recherche à conduire sur la maladie alcoolique, Norman Jolliffe « recrute » en 1939 Elvin Morton Jellinek au sein du RCPA et le convainc de venir travailler, à partir de son domaine de spécialité, sur la question de l'alcool et de l'alcoolisme. A ce moment-là, Jellinek a 49 ans et déjà une bonne partie de sa carrière universitaire derrière lui (Roizen, 2000).

La fondation par Jellinek de l'alcoologie américaine « moderne » : une construction conceptuelle impressionnante mais sans réels débouchés cliniques (1940 – 1960)

Elvin Morton Jellinek (1890 – 1963) est considéré rétrospectivement comme le fondateur de l'alcoologie américaine « moderne ». Physiologiste et biostatisticien de formation, [10] il va consacrer, à partir de son entrée au RCPA, l'essentiel de sa vie professionnelle à la question de l'alcool considérée à la fois comme problème de santé publique - il devient consultant pour l'OMS sur les questions d'alcool en 1952 - et comme énigme médicale. Il faut resituer l'entreprise de Jellinek dans les premières années post-

[10] Jellinek est un pur universitaire et il n'a ni une formation ni une activité de clinicien. Ses écrits ultérieurs sur le comportement alcoolique se baseront exclusivement sur des témoignages transmis par le mouvement des Alcooliques Anonymes.

prohibition aux Etats-Unis. Avec l'échec de la Prohibition, l'idée selon laquelle il faut empêcher la société américaine toute entière de boire est devenue inaudible et indéfendable. En revanche, il faut protéger ceux que l'alcool met véritablement en danger. Jellinek est celui qui va tenter de conceptualiser cette mise en danger « sélective » en se situant délibérément sur le terrain de la construction d'une théorie médicale de l'alcoolisme. Son ambition est d'élaborer un paradigme scientifique de l'alcoolisme-maladie qui puisse servir de base rationnelle à la clinique alcoolique et assurer, si possible, son efficacité.

C'est en 1960 que Jellinek publie son ouvrage de synthèse sur le concept de maladie alcoolique qui rassemble l'ensemble de ses conceptions et définit pour longtemps la doctrine de référence du RCPA et par voie de conséquence, celle de l'alcoologie américaine (Jellinek, 1960). Le livre s'ouvre sur une classification raisonnée des différentes formes d'alcoolisme (« species of alcoholism ») dans le prolongement des travaux entrepris antérieurement sur les parcours de buveurs (Jellinek, 1946, 1952). Parmi les cinq types de comportement alcoolique caractérisés par Jellinek, deux correspondent véritablement à ce qu'il considère comme constituant un comportement pathologique : les alcoolismes *delta et gamma*. Dans l'alcoolisme *delta*, le sujet se retrouve dans l'impossibilité de s'abstenir de boire quotidiennement (inability to abstain) avec l'installation d'une dépendance physique au long cours mais il n'y a pas de pertes de contrôle caractérisées. Pour Jellinek, ce type d'alcoolisme est caractéristique des pays latins et particulièrement de la France. Dans l'alcoolisme *gamma*, il y a l'installation d'une perte de contrôle totale (loss of control) quant aux quantités d'alcool absorbées et une envie irrésistible d'alcool en toute circonstance (craving) liée à une dépendance physique avérée dominée par le flux et le reflux des symptômes corporels du manque d'alcool (the ebbs and tides of withdrawal symptoms). Les dommages associés sont importants sur la santé mais aussi en termes de déclassement social. Pour Jellinek, cette forme

d'alcoolisme est vraisemblablement prédominante (apparently but not with certainty) aux Etats-Unis, au Canada et plus généralement, dans les pays anglo-saxons.

Dans l'esprit de Jellinek, ces deux formes d'alcoolisme, et particulièrement l'alcoolisme *gamma*, traduisent une véritable autonomisation pathologique du corps du buveur se traduisant pas une dissociation entre la volonté du sujet (il souhaite s'arrêter de boire) et ses pulsions corporelles provoquées par sa dépendance physique à l'éthanol. On perçoit ici que l'ambition de Jellinek est de conférer aux alcoolismes *delta* et *gamma* la consistance et la dignité de maladies somatiques à part entière reliées à des mécanismes physiopathologiques enracinés dans le corps du sujet alcoolique. Il s'agit dans le même mouvement de les détacher des approches psychopathologiques popularisées par Lawrence Kolb et qui ont alors le vent en poupe pour les arrimer solidement au continent de la biologie et de la médecine du corps.

Les débouchés cliniques problématiques de l'œuvre de Jellinek et l'étrange combinaison américaine

Le paradigme de « l'alcoolisme-maladie somatique » sera rapidement « adopté » par les milieux alcoologiques américains. En effet, ceux-ci vont y voir la justification scientifique naturelle des protocoles de sevrage alcoolique qu'ils mettent massivement en place à partir des années 1950 dans les grands hôpitaux du pays puis, un peu plus tard, dans des centres de cure spécialisés à financement privé (Peele, 1989, Chap. 5). En accordant une place prépondérante aux mécanismes physiopathologiques qui commandent la dépendance physique de l'alcoolique *gamma* à son produit favori, la construction de Jellinek apporte une pleine justification à un abord du soin centré sur les techniques de sevrage.

Or si cette conception somatique de l'addiction à l'alcool donne toute sa légitimité aux protocoles de sevrage, elle n'en installe pas moins le patient alcoolique et son médecin dans

une position intenable : d'un côté le patient est victime d'une maladie somatique grave, chronique, inscrite dans ses structures biologiques et qui peut le conduire rapidement au décès ; d'un autre côté, il faut conjurer ce risque vital mais quel traitement proposer au-delà du sevrage ? Dans la construction de Jellinek, l'alcoolique ne saurait être le sujet direct de sa guérison car son libre arbitre est anéanti par les phénomènes de pertes de contrôle et de craving. D'un autre côté, dans la pharmacopée de l'époque, on n'a pas à disposition des molécules pharmacologiques susceptibles de faire pièce à l'envie irrépressible d'alcool ? La médecine du temps de Jellinek n'a donc pas de réponse à ces apories. On aboutit ainsi à ce paradoxe d'une pensée qui dans sa volonté de médicaliser le déploiement d'un trouble en le biologisant à outrance, se retrouve en position de ne pouvoir y répondre par une thérapie d'ordre médical. Autrement dit, on a devant soi une construction conceptuelle impressionnante mais sans débouché clinique immédiat hormis les protocoles de sevrage.

C'est sur cette aporie que l'alcoologie américaine naissante va passer une alliance de fait avec le mouvement des Alcooliques Anonymes.[11] A partir des années 50, en effet, les cliniciens américains spécialisés dans les protocoles de sevrage vont prendre l'habitude d'encourager leurs patients à recourir à l'aide des groupes AA pour maintenir leur abstinence dans la durée faute de pouvoir leur proposer une pharmacopée ou une thérapie plus efficace dans un cadre médical. Ils y sont généralement aidés par la présence, dans la plupart des structures de prise en charge, d'anciens membres AA ayant le statut assez flou de conseiller (Mann, 1946 ; Nadeau, 1988 ; Mc Crady et Irvine, 1989).

Se dessine ainsi ce que j'appellerai « l'étrange combinaison américaine » où l'œuvre de Jellinek sert tout à la fois de référence et de caution scientifiques à l'industrie du sevrage

[11] Ce mouvement d'anciens alcooliques commence, au même moment, à formaliser et à stabiliser sur une base purement empirique ses protocoles collectifs de conquête et de maintien de l'abstinence à travers notamment la codification des rituels des réunions AA et des règles du parrainage des nouveaux membres par les plus anciens (cf. White et Kurtz, 2008).

alcoolique (Peele, 1989), laquelle fait pour sa part alliance de fait avec un mouvement d'entraide original qui substitue à l'approche médicale traditionnelle du soin une démarche collective où la force du groupe est censée suppléer les faiblesses individuelles face à l'alcool.

Les protocoles d'intervention du mouvement AA : première branche de la nouvelle clinique alcoolique américaine (1939 – 1950)

C'est dès la fin des années Trente que s'engage le processus qui va conduire, en moins de deux décennies, à la formalisation et à la stabilisation des méthodes d'intervention propres au mouvement des alcooliques anonymes (AA), puis à leur installation dans le paysage plus général de la cure alcoolique. Sur l'enchaînement des faits, William White et Ernest Kurz apportent de très utiles éclaircissements dans leur contribution de 2008 (White et Kurtz, 2008).

Beaucoup a été écrit sur les dimensions rituelles des groupes de parole et d'entraides caractéristiques du mouvement AA ou sur le mimétisme de leur fonctionnement avec celui des communautés religieuses messianiques, manière aussi de les rattacher à du « déjà là » et à du « déjà connu » (cf. notamment Dericquebourg, 1988, Flores, 1988).

Mais l'analyse du rituel et des dynamiques de confession/conversion n'épuisent pas la question intrigante de l'efficacité vécue de ces groupes de parole pour celles et ceux qui y participent avec assiduité. Des chercheurs en psychologie et en anthropologie aux Etats-Unis se sont intéressés à cette question en portant leur attention sur un autre aspect de ces groupes souvent mésestimé, à savoir les mécanismes de construction-reconstruction d'une nouvelle identité dans le cours même des séances. Pour ces chercheurs, les groupes d'entraide de type AA doivent être compris avant tout comme de véritables communautés (ou fraternités) « narratives » (narrating communities) où ce qui est en jeu dans le construction d'une nouvelle

identité d'ex-buveur abstinent, c'est d'être partie prenante au fil des séances de celles et ceux qui racontent leur propre histoire d'alcoolique (stories-tellers) en étant soi-même un auditeur attentif qui pourra trouver dans l'histoire qu'on lui livre des échos de sa propre histoire (stories-listeners) (Thune, 1977 ; Rappaport, 1993 ; Davis et Jansen, 1998).

Dans le déroulement des séances, les stories-tellers sont presque toujours des participants totalisant déjà une durée conséquente de participation aux réunions des AA et parallèlement, d'abstinence sans rechute. Ayant eux-mêmes écouté de nombreux récits en tant que stories-listeners, ils ont eu le temps d'assimiler la manière proprement AA de raconter sa propre histoire de buveur. De fait, il y a bien un formatage relativement précis des récits qui sont prononcés lors des réunions des AA. Le psychologue Keith Humphrey en discerne 5 types principaux, le plus important étant le type qu'il appelle « The Drunk-a-Log »[12] (Humphrey, 2000). C'est le récit typique et initiatique de la descente aux enfers de l'alcoolique jusqu'à sa rencontre avec le mouvement AA, début du processus de sa réhabilitation.

Deux éléments méritent d'être soulignés dans l'architecture-type des récits en forme de biographie qui forment l'essentiel des réunions AA. Ils incorporent les valeurs propres au mouvement AA en les faisant apparaître comme les clés naturelles de compréhension du récit : l'impuissance face à l'alcool masquée par un sentiment fallacieux de « toute-puissance » ; le déni de son statut d'alcoolique qui conduit, combiné à la perte de contrôle, au « hitting-bottom »[13] ; l'impossibilité de s'en sortir seul… Ils jouent à plein sur les mécanismes d'identification entre stories-tellers et stories-listeners en mettant en scène un scénario-type qui peut convenir à toutes les biographies des participants par-delà les spécificités individuelles. Pour sa part, l'anthropologue Maria Gabrielle Swora insiste sur le fait que les

[12] Littéralement « le journal de bord de l'ivrogne »
[13] Le point de non retour

réunions AA sont l'occasion pour les membres novices d'acquérir un nouveau langage dans lequel les AA se reconnaissent et communiquent et par la suite, de devenir des stories-tellers après avoir fait leur apprentissage en tant que stories-listeners (Swora, 2001). Le fait même d'accéder à la capacité de story-teller signale l'installation effective du locuteur dans sa nouvelle identité d'ex-buveur abstinent.

Sous cet angle d'analyse, le mouvement AA a été à l'origine de quelque chose de profondément original pour l'époque. En effet, il a réussi à mettre sur pied, de façon totalement empirique, une sorte de thérapie collective par la prise de parole où l'échange de témoignages « codés » et la mobilisation des processus d'identifications croisées entre « stories-tellers » et « stories-listeners » conjuguent leurs effets pour aider les participants à s'approprier la parole AA et, à travers elle, à redonner un sens à leur biographie chaotique pour préparer leur conversion d'identité. Le protocole de réhabilitation morale ainsi mis en œuvre est inédit en ce qu'il annonce ce qu'on appellera communément, à partir des années 1980, les groupes de parole à travers ici, la structuration de communautés/fraternités « narratives ».

Dernier point : cette construction s'inscrit clairement dans une logique sociale et non dans une logique médicale contrairement à ce que la métaphore de l'alcoolisme-maladie utilisée dans les brochures du mouvement AA pourrait laisser penser. Il s'agit bien, in fine, de permettre aux membres du mouvement de retrouver un fonctionnement social satisfaisant pour eux-mêmes et pour leur entourage à travers le maintien de leur abstinence et de leur adhésion aux valeurs fondamentales du mouvement d'entraide.

Les protocoles de controlled drinking issus de la psychologie comportementaliste : deuxième branche de la nouvelle clinique alcoolique américaine (1970-1995)

Dans un article de synthèse de 1993, Alan Marlatt et ses collègues relèvent que les partisans de l'alcoolisme-maladie somatique ont toujours fait de l'abstinence le seul objectif légitime de la clinique alcoolique de sorte que l'idée même de pouvoir se fixer comme objectif thérapeutique quelque chose de moins inaccessible, à savoir le retour à une alcoolisation « contrôlée », était et est toujours considérée par ceux-ci comme une hérésie au plan théorique et comme une dangereuse illusion au plan pratique (Marlatt et al., 1993). Le mouvement AA lui-même considère depuis l'origine que la réhabilitation des alcooliques ne peut advenir que dans le cadre de l'abstinence. Or c'est précisément pour échapper à cet intégrisme de l'abstinence, jugé stérilisant pour l'innovation thérapeutique, qu'un certain nombre de psychologues comportementalistes vont s'attacher à explorer des voies nouvelles dès la fin des années 1960.

Ces psychologues comportementalistes sont fortement influencés par la théorie de l'apprentissage alors très valorisée. Ils posent l'hypothèse que l'addiction à l'alcool, comme toutes les autres conduites, est un comportement appris c'est-à-dire structuré par un processus d'apprentissage. Dès lors il doit être possible d'agir sur lui au moyen d'une thérapie comportementale adaptée. L'objectif d'une telle thérapie serait de permettre au patient de revenir à des consommations maîtrisées et ce, sans être obligé de passer obligatoirement par la case « abstinence ». Deux psychologues australiens vont explorer cette voie nouvelle dès la fin des années 60 en mettant au point un premier protocole de thérapie comportementale pour

des patients alcooliques délibérément orienté vers l'apprentissage de la « modération de la consommation d'alcool » (Lovibond & Caddy, 1970).[14]

Aux Etats-Unis, ce sont deux psychologues cliniciens béhavioristes, Marc et Linda Sobell, qui décident d'explorer plus avant la voie ouverte par leurs collègues australiens en étant conscients de la nécessité d'élever le niveau de preuve.[15] Dans cette intention, Ils mettent sur pied, au début des années 70, un ambitieux essai clinique incluant 70 patients alcoolo-dépendants de sexe masculin, hospitalisés au Patton State Hospital en Californie. Le traitement « comportemental » dont ils veulent tester l'efficacité a pour objectif, comme le protocole de Lovibond et Caddy, de permettre aux patients de parvenir à un réel « contrôle » de leur consommation. Il s'agit d'un protocole comportemental relativement intensif comprenant 17 sessions «d'analyse fonctionnelle ». Ces sessions étaient complétées par des séances consacrées spécifiquement au développement de ressources, d'aptitudes et de savoir-faire devant aider les patients à surmonter les situations conduisant habituellement à l'alcoolisation excessive (problem-solving skills).

Afin de permettre une réelle « vérité situationnelle » de l'essai, les Sobell ont l'idée de faire installer, au sein même de l'hôpital, un bar expérimental identique en tout point à un bar dans la vie réelle avec un living-room attenant. Ainsi y a-t-il une véritable « mise en situation » des patients dans les phases où on évalue leur capacité à modérer leur consommation d'alcool. L'essai clinique proprement dit comportait deux groupes de patients répartis en quatre bras.

Pour le suivi des patients post-hospitalisation, les Sobell font le choix de critères de jugement à la fois précis et faciles à objectiver. Le suivi distingue quatre types de situation :

[14] Sur les 31 patients alcooliques ayant reçu ce traitement expérimental, 24 ont manifesté une aptitude à boire de façon contrôlée ("were able to drink in a controlled manner") avec un recul de 15 mois.

[15] Dans le protocole de Lovibond et Caddy, il n'y avait pas de groupe « contrôle » recevant le traitement conventionnel orienté vers l'abstinence et avec lequel des comparaisons d'efficacité auraient pu être établies.

les jours sans consommation d'alcool ; les jours avec une consommation modérée dans des limites de type OMS ; les jours avec une consommation excessive et enfin, les jours s'étant soldés soit par une interpellation soit par une hospitalisation. Les deux premières situations (abstinence ou consommation modérée) étaient rangées dans la rubrique des « jours ayant bien fonctionné » (days fonctioning well) ; les deux dernières situations (consommation excessive ou contacts avec les institutions judiciaires ou sanitaires) étaient rangées dans la rubrique des « jours n'ayant pas bien fonctionné » (days not fonctioning well). A l'issue de la première année de suivi puis de la deuxième, les Sobell relèvent que les performances du groupe ayant reçu le traitement comportemental étaient significativement plus élevées que celles du groupe ayant reçu le traitement conventionnel orienté vers l'abstinence. (Sobell et Sobell, 1973, 1976).

Au-delà de l'énorme polémique que ces résultats ont déclenchée au moment de leurs publications, ce sont les critères de jugement retenus par les Sobell pour cet essai clinique qui doivent retenir l'attention. Ce sont des critères qui font explicitement référence à des valeurs sociales. En effet, ils visent le fonctionnement social des patients alcooliques, en particulier s'agissant des jours de mauvais fonctionnement. On est loin ici de la mobilisation des critères médicaux assez habituels dans ce type d'essai visant à mesurer en première intention les effets du protocole sur les paramètres de santé des patients. Les enjeux de cette recherche clinique sont autres : il s'agit de mesurer l'impact du protocole de modification comportementale sur l'amélioration du fonctionnement social du patient alcoolique. Et la finalité de la thérapie comportementale est bien de lui donner des armes pour « bien fonctionner » dans la société, en lui permettant de retrouver un « controlled drinking » compatible avec le « social drinking » de la société américaine. Cette approche minore clairement le critère de l'abstinence.

De ce point de vue, « *l'Individualized Behavior Therapy* » dont les Sobell ont été les initiateurs aux Etats-Unis pour l'addiction à l'alcool s'analyse bien rétrospectivement comme une véritable clinique sociale des addictions au même titre que les protocoles mis au point par le mouvement AA mais à partir de prémices et de valeurs foncièrement différents. Là où le mouvement AA met en avant la puissance du groupe par opposition à l'impuissance de l'individu isolé face à sa passion de l'alcool, et la nécessité corrélative d'une réhabilitation à caractère collectif portée par la participation assidue de chaque membre aux réunions AA, le courant béhavioriste privilégie une approche individuelle de cette même réhabilitation fondée sur une sorte de réarmement cognitif du patient devant lui permettre de faire face aux situations anxiogènes et de domestiquer sa passion de l'alcool. En sorte que c'est bien le critère d'une certaine forme de normativité sociale qui est privilégié ici et là et qui colore l'ensemble des processus de réinsertion sociale imaginés tant par le mouvement AA que par les psychologues comportementalistes.

3/ Conclusion : une médicalisation en « trompe l'œil »

Les protocoles d'intervention expérimentés tant par le mouvement AA que par les psychologues comportementalistes pour la réhabilitation des sujets en proie à la passion de l'alcool esquissent, chacun dans leur univers propre, une véritable « clinique sociale » des addictions. Cette clinique est « sociale » en ce qu'elle vise en première intention le changement de comportement ou d'identité avec l'idée que c'est d'abord à travers la restauration d'un comportement rationnel ou plus radicalement, à travers une conversion d'identité, que les « alcooliques » peuvent retrouver un fonctionnement social et familial satisfaisant. Ce changement de comportement et/ou d'identité peut bien-sûr produire des gains collatéraux en termes de santé mais c'est bien la restauration de la sociabilité (au sens de capacités sociales) qui est l'ambition première de ces interventions.

Si on reprend les trois formes de médicalisation distinguées par Conrad dans son article de 1992 – conceptuelle, institutionnelle, dans les interactions médecins/malades – il semble possible de discerner dans les contributions intellectuelles du mouvement de l'*inebriety* comme dans l'œuvre de Jellinek le témoignage incontestable d'une tentative de conceptualisation médicale du trouble alcoolique. Mais on a vu à quel point cette conceptualisation peine à trouver sa traduction dans des pratiques cliniques opérantes. Et quand les pratiques semblent enfin donner quelques résultats, il semble bien difficile d'y retrouver une logique proprement médicale ou même un lien avéré avec ces efforts de conceptualisation, exception faite des protocoles de sevrage.

Cette impression d'extériorité des pratiques par rapport à la sphère de la médecine est encore renforcée par le fait que dans le cadre de ce que nous avons appelé la deuxième clinique alcoolique américaine, les initiatives sont venues soit de la périphérie de la communauté médicale (psychologues cliniciens) soit de l'extérieur de celle-ci (anciens alcooliques). Dans le cas du mouvement AA, l'élaboration des protocoles de conquête de l'abstinence portant sa signature s'est appuyée sur une démarche proprement empirique, sans étayage conceptuel très conséquent, et en tous les cas, ne venant pas du savoir médical de l'époque. En revanche, dans le cas des psychologues comportementalistes, l'étayage conceptuel est bien là – c'est celui de la théorie de l'apprentissage – mais il est issu de la psychologie du développement et non de la médecine proprement dite.

On a sans doute un peu plus de chance avec la notion de médicalisation « institutionnelle » de l'alcoolisme. En effet, si l'on s'en tient aux seules cures de désintoxication, la plupart de celles-ci prennent place dans un cadre hospitalier et dans des services médicaux spécialisés dans les opérations de sevrage. En revanche, si on s'intéresse à ce que l'on appelle improprement les « soins de suite », la plupart se déroulent soit dans des structures ad hoc hors hôpital soit dans des groupes d'entraide de type AA ou apparentés.

Quant à la notion de « médicalisation dans les interactions médecins/malades », elle semble bien compromise elle aussi tant le contenu concret des interventions semble éloigné de la pratique médicale conventionnelle. C'est une évidence pour les groupes d'entraide qui concrétisent une forme particulière de dynamique de groupes loin du schéma binaire « médecin – patient ». Mais c'est aussi patent pour la « thérapie comportementale individuelle » initiée par les Sobell où les différents volets évoquent irrésistiblement une mobilisation des ressources de la pédagogie et de la psychologie expérimentale clairement distincte des approches habituelles de la médecine et de la psychoanalyse américaines à la même époque.

En définitive, le fil conducteur permettant de comprendre le développement contrarié de la clinique alcoolique américaine depuis les années 1850 jusqu'à nos jours pourrait être celui, très politique, des conditions d'accomplissement du libre arbitre et du self control dans la société américaine. En effet, dans une société où le contrôle de soi est considéré comme le fondement culturel du vivre ensemble et la condition d'exercice au quotidien des libertés démocratiques, les addictions et au premier rang de celles-ci, la passion pour l'alcool qui fait perdre la maîtrise de soi, symbolisent par excellence un principe de dissolution des communautés et partant, de la démocratie américaine. C'est l'angle d'analyse privilégié par le politiste Robin Room ainsi que par l'historienne Mariana Valverde et dans lequel nous nous reconnaissons également (Room 1989, Valverde, 1997). Ce surplomb des enjeux « politiques » dans le processus de construction sociale de la notion « d'alcoolisme maladie » permet de comprendre à notre sens sa fragilité historique intrinsèque ainsi que sa contestation récurrente, tant de la part des partisans des solutions répressives que de celle des sociologues de la « déviance » (Ogien, 2000).

A l'évidence, ces enjeux dépassent les interrogations médicales légitimes sur les dangers de l'alcool pour la santé et ils expliquent l'exceptionnalisme de l'alcool dans le débat

américain.[16] Cet exceptionnalisme s'exprime d'abord à travers la quantité impressionnante d'écrits populaires et savants produits par les différents protagonistes (hommes d'église, médecins, juristes, animateurs de mouvements de tempérance, hommes politiques, chercheurs, philosophes) depuis la fin du XVIIIème siècle jusqu'à nos jours comparativement au volume de la littérature européenne sur les mêmes questions. Il s'exprime ensuite à travers l'intensité des conflits que la question de la régulation des usages de l'alcool a suscité et continue de susciter dans la société américaine. De ce point du vue, il y a bien une sorte d'abord « tragique » de la question de l'alcool outre-Atlantique comme si les réponses à y apporter mettaient en jeu l'essence même de la société américaine. Et on ne retrouve pas trace logiquement d'une telle dramatisation dans la société française, sans doute parce qu'ici, le rôle des institutions dans la régulation des comportements individuels (école, famille, dispositifs de protection et d'action sociales) fait consensus, minorant d'autant celui du libre-arbitre comme l'a bien discerné Alain Ehrenberg dans son étude franco-américaine de la société du malaise (Ehrenberg, 2010).

En dernier lieu, ce surplomb des enjeux politiques permet de comprendre pourquoi la perspective positiviste n'est pas appropriée pour aborder la médicalisation de l'alcoolisme aux Etats-Unis (cf. Reinarman, 2005). Ce n'est pas fondamentalement faute de découvertes scientifiques majeures sur les mécanismes de l'appétence à l'alcool que la prise en charge médicale des comportements alcooliques est restée si incertaine et si contestée aux Etats-Unis ; c'est parce que la démarche même consistant à faire des perturbations du libre arbitre (du self) induites par l'alcool un domaine réservé de la pensée et de la pratique médicales ne pouvait que heurter profondément l'éthique américaine de la responsabilité individuelle au service de la construction du bonheur collectif.

[16] L'expression est de Joseph Gusfield dans son entretien de 2001 avec les chercheurs du CURAPP publié en 2003 (Gusfield, 2003).

Liens d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec les différents sujets abordés dans ce texte de travail

BIBLIOGRAPHIE

Abraham K., 1926, The psychological relations between sexuality and alcoholism, *International Journal of Psycho-Analysis*, 7, 2-10.

Ballard K., Elston M.A., 2005, Medicalization: a multi-dimensional concept, *Sociology of Health & Illness*, 3, 3, 228-241.

Chorover S. L., 1973, Big Brother and Psychotechnology, *Psychology Today*, 7, 5, 43-49.

Conrad P., Schneider J. W., 1980, *Deviance and Medicalization: From badness to sickness.* Temple University Press.

Conrad P., 1992, Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.

Mc Crady B. S., Irvine S., 1989, Self-help groups In: Hester R. K., Miller W. R., eds., *Handbook for alcoholism treatment approaches*, Elmsford, NY : Pergamon Press, 153-169.

Crothers T. D., 1906, The Norman Kerr Memorial Lecture, *The British Journal of Inebriety*, 3, 3, 105-126.

Davis D. R., Jansen G. G., 1998, Making Meaning of Alcoholics Anonymous for Social Workers : Myths, Metaphors, and Realities », *Social Work*, 43, 2, 169-182.

Dericquebourg R., 1988, *Religions de guérison*, Paris, Cerf-fides.

Ehrenberg A., 2010, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob.

Fingarette H., 1988, *Heavy Drinking: The myth of Alcoholism as a disease*, Berkeley, University of California Press.

Freidson E., 1970, *Profession of Medicine, A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

Flores P. J., 1988, *Group therapy with addicted populations*, New-York, Haworth Press.

Fox R. C., 1977, The Medicalization and Demedicalization of American Society, *Daedalus*, 106, 1, 9-22.

Gusfield J. R., 1963, *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*, University of Illinois Press.

Gusfield J. R., 1968, Prohibition: The Impact of Political Utopianism, In: Braeman J., Bremner R., Brody D., eds., *Change and Continuity in Twentieth Century America: the 1920's*, Colombus, The Ohio State University Press, 257-308.

Gusfield J. R., 2003, Action collective et problèmes public, retranscription d'un entretien de mai 2001 avec Cefaï D. et Trom D., In : *Les sens du public*, Cefai D., Pasquier D., eds., PUF, CURAPP, 63-78.

Humphrey K., 2000, Community Narratives and Personal Stories in Alcoholic Anonymous, *Journal of Community Psychology*, 28, 5, 495-506.

Illich I., 1975, The Medicalization of Life, *Journal of Medical Ethics*, 1, 73-77.

Jellinek E. M., 1946, Phases in the Drinking History of Alcoholics, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1-88.

Jellinek E. M., 1952, Phases of Alcohol Addiction, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 4, 673-684.

Jellinek E. M., 1960, *The Disease Concept of Alcoholism*, Yale Center of Alcohol Studies, New Haven, Hillhouse Press.

Kolb L., 1927, Clinical Contributions to Drug Addiction : The Struggle for Care and the Conscious Reasons for Relapse, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 66, 22-43.

Levine H. G., 1978, The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America, *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 2, 143-174.

Lovibond S.H. & Caddy G., 1970, Discriminative aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior, *Behavior Therapy*, 1, 437 – 444.

Mann M., 1946, Alcoholics Anonymous: A New Partner for Hospitals, *Modern Hospital*, 66, 1, 18-26.

Marlatt G.A., Larimer M. E., Baer J. S., Quigley L. A., 1993, Harm Reduction for Alcohol Problems: Moving Beyond the Controlled Drinking Controversy, *Behavior Therapy*, 24, 461-504.

Nadeau L., 1988, La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme », In: Pierre Brisson, ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Gaëtan Morin éditions, Montréal, Paris, Casablanca, 185-204.

Nourrisson D., 1988, Aux origines de l'antialcoolisme, *Histoire, économie et société*, 7, 4, 491-506.

Ogien A., 2000, *Sociologie de la déviance et usages de drogues : une contribution de la sociologie américaine*, Documents du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société, Paris.

Peele S., 1989, *Diseasing of America: Addiction Treatment Out of Control*, Boston, Houghton Mifflin Company.

Rappaport J., 1993, Narrative studies, personal stories and identity transformation in the mutual help context, *Journal of Applied Behavioral Science*, 29, 239-256.

Reinarman C., 2005, Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease, *Addiction Research and Theory*, 13, 4, 307-320.

Roizen R., 1991, *The American Discovery of Alcoholism, 1933-1939*, PH.D. Dissertation, Berkeley: University of California Press.

Roizen R., 1996, Four Unsung Moments in the Genesis of the Modern Alcoholism Movement in United States, Web publication, article consultable sur le site Internet de l'auteur: www.roizen.com

Roizen R., 2000, E.M. Jellinek and All That ! A Brief Look Back at the Origins of Post-Repeal Alcohol Science in the United States, Communication pour le colloque de la Foundation for Alcohol Research (ABMRF), San Francisco.

Room R., 1983, Sociological Aspects of the Disease Concept of Alcoholism, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 7, 47-91.

Room R., 1989, Drugs, consciousness and self-control: popular and medical conceptions, *International Review Journal of Psychiatry*, 1, 63-70.

Rose N., 2007, Beyond Medicalization, *Lancet*, 369, 9562, 700-702.

Rush, B., 1790, 1th ed., 1814, 8th ed., *An Inquiry into the Effect of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind, with an Account of the Means of Preventing and of the Remedies for Curing Them*, Rev. Brookfield: E. Merriam & Co.

Schneider J. W., 1977, Deviant Drinking as Disease: Alcoholism as a Social Accomplishment, *Social Problems*, 25, 4, 361-372.

Sobell M. B., Sobell L. C., 1973, Individualized behavior therapy for alcoholics, *Behavior Therapy*, 4, 49-72.

Sobell M. B., Sobell L. C., 1976, Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results, *Behavior Research and Therapy*, 14, 195 – 215.

Strong P.M., 1979, Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism", *Social Science & Medicine*, 13, 199-215.

Swora M.G., 2001, Narrating Community: the Creation of Social Structure in Alcoholics Anonymous through the Performance of Autobiography*", Narrative Inquiry*, II, 2, 363-384.

Szasz T., 1974, *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct.* New-York, Perennial Editor.

Thune C., 1977, Alcoholism and the archetypal past: a phenomenological perspective on Alcoholics Anonymous », *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 75-88.

Tracy S. W., 2005, *Alcoholism in America: From Reconstruction to Prohibition*, Baltimore, John Hopkins University Press.

Valverde M., 1997, Slavery from within: The Invention of Alcoholism and the Question of Free Will, *Social History*, 22, 3, 251-268.

White W. L., 2000, The Rebirth of the Disease Concept of Alcoholism in the 20th Century, *Councelor*, 1, 2, 62-66.

White W.L., Kurz E., Acker C., 2001, *The Combined Addiction Disease Chronologies.* Publication électronique (192 p.). En accès libre sur w.w.w.bhrm.org

White W. L., Boyle M., Loveland D., 2003, Alcoholism/Addiction as a Chronic Disease: From Rhetoric to Clinical Reality, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3, 4, 107-130.

White W.L., Kurtz M. A., 2008, Twelve defining moments in the history of Alcoholics Anonymous, In: Galenter M., Kaskutas L.A., eds., *Recent Developments in Alcoholism, Research on Alcoholics Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery*, New York, Plenum Press, 37-57.

White W. L., Callahan J-F., 2014, Addiction Medecine in America: It's birth and early history (1750-1935) with a modern postscript, In: Ries R., Fiellin D., Miller S., Saitz R., eds., *Principles of Addiction Medecine*, 5th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 365-374.

Zola I. K., 1972, Medicine as an Institution of Social Control, *Sociological Review*, 20, 487-505.

Zola I. K., 1983, *Social-Medical Inquiries. Recollections, reflections, and reconsiderations.* Philadelphia, Temple University Press.