



Livre

1994

Accepted version

Open Access

This is an author manuscript post-peer-reviewing (accepted version) of the original publication. The layout of the published version may differ .

---

Le modèle suisse du bien-être: coopération conflictuelle entre Etat et  
société civile: le cas de l'alcoolisme et du vih/sida

---

Bütschi, Danielle; Cattacin, Sandro

**How to cite**

BÜTSCHI, Danielle, CATTACIN, Sandro. Le modèle suisse du bien-être: coopération conflictuelle entre Etat et société civile: le cas de l'alcoolisme et du vih/sida. Lausanne : Réalités sociales, 1994.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:160384>

# **Le modèle suisse du bien-être**

**Coopération conflictuelle entre Etat et  
société civile: le cas du vih/sida et de l'alcoolisme**

**Danielle Bütschi Sandro Cattacin**

## Table des matières

Avant-propos	5
Tables et figures	7
Abréviations	9
<b>I. Introduction</b>	<b>11</b>
1. Organisation du travail empirique et méthodes utilisées Récolte des données, 16 - Analyse des données, 21.	15
<b>II. Le cadre d'analyse du système du bien-être</b>	<b>24</b>
2. Le troisième secteur	28
3. Pour une analyse relationnelle du système du bien-être	34
4. L'analyse du réseau	41
5. Le modèle suisse du bien-être: esquisse de l'évolution historique et questions de recherche La création d'un mythe: le principe de subsidiarité, 46 - Croissance économique et rôle mineur de la subsidiarité, 49 - Le welfare mix dans les années de transition, 51 - Le welfare mix face à la stratégie de l'Etat minimal, 55 - Questions de recherche, 55.	45
<b>III. La maîtrise du vih/sida en Suisse</b>	<b>59</b>
6. Le vih/sida en Suisse: vision agrégée Réactions au défi du sida, 63 - Evolution du paysage organisationnel suisse, 64 - Coévolution entre les acteurs publics et les agents intermédiaires, 65 - L'influence du fédéralisme sur la réponse organisationnelle, 69 - Le rôle des organisations spécialisées, 73 - L'intégration des acteurs, 74 - Conclusion sur les données agrégées, 75.	62
7. Réseau national La première épidémie, 77 - Le réveil, 79 - Renforcement du réseau, 81 - La structure du réseau national, 84 - Conclusion, 85.	77
8. La maîtrise du vih/sida à Berne Constitution du réseau bernois, 87 - Le réseau bernois, 89 - Conclusion, 92.	87

9. La maîtrise du vih/sida à Genève	94
Premières réactions et constitution du réseau genevois, 94 - Structure du réseau genevois, 97 - Conclusion, 98.	
10. La maîtrise du vih/sida à Lucerne	101
La mise en place du réseau lucernois, 101 - La structure du réseau lucernois, 104 - Conclusion, 106.	
11. La maîtrise du vih/sida dans le canton de Vaud	109
Développement du réseau vaudois, 109 - Structure du réseau vaudois, 113 - Conclusion, 116.	
12. La maîtrise du vih/sida à Zurich	118
La mise en place du réseau zurichois, 118 - Croissance du réseau et de l'interdépendance entre les acteurs, 122 - Conclusion, 126.	
13. La maîtrise du vih/sida en Suisse: synthèse	128
Emergence, politisation et développement d'un consensus, 130 - Systématisation de l'intervention à travers des acteurs de référence, 134 - Conclusion, 139.	
<b>IV. La maîtrise des problèmes liés à l'alcool en Suisse</b>	<b>141</b>
14. Les problèmes liés à l'alcool en Suisse: vision agrégée	145
Réactions aux problèmes liés l'alcool, 145. - Quelques éléments historiques de la lutte antialcoolique, 148 - Division du travail entre acteurs privés et publics, 151 - Organisations spécialisées et organisations polyvalentes, 153 - L'influence du fédéralisme, 154 - L'intégration des acteurs dans le champ des problèmes liés à l'alcool, 158 - Conclusion, 159.	
15. Réseau national	161
Evolution du réseau national et premières caractéristiques, 161 - Structure du réseau national, 166 - Conclusion, 169.	
16. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Berne	171
La bataille contre l'alcoolisme, 172 - La mise en place des services ambulatoires, 173 - Quantité et qualité, 174 - Le réseau bernois, 175 - Conclusion, 177.	
17. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Genève	180
Constitution d'un dispositif d'alcoologie, 180 - Le réseau genevois, 182 - Conclusion, 185.	
18. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Lucerne	187
Histoire du réseau lucernois, 187 - Le réseau lucernois, 189 - Conclusion, 190.	
19. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool dans le canton de Vaud	192
Formation du réseau vaudois, 192 - Systématisation du dispositif vaudois d'alcoologie, 194 - Le réseau vaudois, 196 - Conclusion, 198.	
20. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Zurich	201

Le temps des pionniers, 202 - Crise du mouvement, 203 - Restructuration du réseau, 204 - Forme du réseau, 206 - Conclusion, 208.	
21. La maîtrise des problèmes liés à l'alcool en Suisse: synthèse La formation du secteur alcool, 212 - Les transformations internes, 213 - L'inclusion du secteur, 216 - Conclusion, 218.	210
<b>V. L'Etat incitateur: une comparaison de deux domaines sociaux</b>	221
22. Les transformations de la relation entre l'Etat et la société civile L'Etat libéral, 221 - L'Etat providence, 223 - L'Etat incitateur, 225.	221
23. Les conséquences de l'Etat incitateur Effets sur le réseau, 231 - Effets sur les agents intermédiaires, 233 - Effets sur l'Etat, 236 - Conclusion, 239.	230
<b>VI. Faire face à la complexité: réflexions sur la théorie et la pratique de la solidarité</b>	241
24. La complexité sociale	241
25. Les réponses institutionnelles: les chances de la crise	245
Annexe 1: liste des institutions et organisations interviewées	253
Bibliographie	255
Documents	267

## Avant-propos

Cette étude, réalisée entre 1989 et 1993, trouve son point de départ dans le souci, de la part de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de dresser un inventaire des organisations dotées de programmes liés au vih/sida en Europe. Pour ce faire, le Centre de recherche européen en politique sociale à Vienne (Eurocenter) a été contacté. Plus précisément, mandat lui a été donné de coordonner la mise sur pied d'un tel inventaire et d'analyser les programmes de lutte contre le vih/sida dans différents pays d'Europe. C'est ainsi que l'Eurocenter a développé le projet international *Managing Aids* (voir Marin/Kenis 1989). Au printemps 1989, nous nous sommes intéressés à participer à cette recherche internationale en proposant l'élaboration d'un tel inventaire pour la Suisse et le Lichtenstein (une partie des résultats présentés ici se basent sur cet inventaire; voir le chapitre 6). A partir de cette première rencontre, notre projet s'est - dans l'habitude des projets internationaux et comme le décrit d'ailleurs Knoepfel (1987) - autonomisé de différentes façons: tout d'abord, en étroite collaboration avec l'Eurocenter, l'éventail des questions de recherche a été élargi; puis, de manière plus décisive pour les résultats que nous présentons ici, un aspect comparatif a été ajouté au projet en prenant en considération un autre champ du système social suisse, à savoir la lutte contre les problèmes liés à l'abus d'alcool. De cette manière, nous avons pu nous hasarder sur un terrain d'analyse plus vaste.

Si ce projet a pu être transformé et voir ainsi sa portée analytique augmenter, c'est seulement grâce au financement et au soutien reçu par le Fond national de la recherche scientifique qui, dans le cadre du programme national de recherche 29 portant sur les "Changements des modes de vie et l'avenir de la sécurité sociale en Suisse", a rendu possible la réalisation de ce projet (projet no. 4029-028166). De même, nous aimerions remercier ici différentes institutions qui, par leur apport en matériel et en infrastructures, ont garanti le bon déroulement de cette recherche: tout d'abord la Schule für Soziale Arbeit de Zurich qui, dans une première phase de la recherche, nous a accueilli dans ses locaux; puis, l'Centre de recherche européen en politique sociale de Vienne qui a organisé et financé les rencontres internationales du projet "Managing Aids" lors desquelles nous avons pu profiter des expériences des chercheurs d'autres pays européens; enfin, le Département de science politique de l'Université de Genève qui a mis à notre disposition locaux et matériel et qui nous a offert un entourage scientifique stimulant.

Quant à l'approfondissement de la recherche dans ses différents aspects empiriques et théoriques, il a seulement pu se faire grâce à l'aide de collègues et amis qui nous ont accompagnés à divers moments de notre réflexion. Le directeur du projet, Hanspeter Kriesi, qui nous a constamment forcé à améliorer notre argumentation (sans par ailleurs jamais être convaincu jusqu'au fond) a été essentiel pour l'aboutissement du projet. Nous avons aussi largement profité des idées et des conseils venant de Bernd Marin et de Patrick Kenis de l'Eurocenter qui nous ont, de plus, permis d'être intégrés à un groupe de recherche international dans lequel nous avons eu des discussions extrêmement fécondes. De nombreux chercheurs et experts venant d'horizons divers ont encore contribué, grâce à leurs commentaires, à parfaire notre analyse. Nous nous excusons de ne pouvoir tous les citer ici. Nous aimerions cependant remercier plus particulièrement Stefano Bartolini, Bert de Vroom, Jean-Noël DuPasquier, Hans Ulrich Germann, Pierre Gilliand, Dominique Hausser, François Höpflinger, Dominique H. Jenni, Armin Kühne (collaborateur scientifique de la présente recherche pendant les premiers six mois), Dominique Malatesta, Jean Martin, Ioannis Papadopoulos, Florence Passy, Albert Rodrik, André Roth, Jürg H. Sommer, Roger Staub, Antonin Wagner et Kurt Wyss.

Mais les remerciements les plus grands, nous les devons à toutes ces personnes travaillant dans les champs du vih/sida et des problèmes liés à l'alcool qui nous ont concédé de leur précieux temps et nous ont ainsi donné accès à leur savoir et à leurs informations. Cependant, en dépit de ces nombreux apports, les résultats présentés ici n'engagent que la responsabilité des auteurs.

Genève, mars 1993

Danielle Bütschi et Sandro Cattacin

## Tables et figures

Tableau	1.1:	quatre types de comparaison	16
Tableau	1.2:	organisations sélectionnées selon la différenciation fonctionnelle, territoriale et thématique	19
Tableau	1.3:	méthodes employées pour l'analyse des données	23
Tableau	2.1:	constellations possibles entre Etat, économie et troisième secteur dans la production du bien-être social (Kramer 1981: 273)	30
Tableau	III.1:	activités entreprises par les organisations et institutions dans le champ du vih/sida	60
Tableau	6.1:	cas de sida selon le groupe et l'année de déclaration (état au 31 décembre 1992)	62
Tableau	6.2:	pourcentage des organisations et institutions réalisant des activités dans le champ du vih/sida	64
Tableau	6.3:	répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et la tâche principale	67
Tableau	6.4:	répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et les activités	68
Tableau	6.5:	activités des acteurs locaux/cantonaux et des acteurs nationaux	70
Tableau	6.6:	mesures prises par les cantons et répartition des acteurs sida	72
Tableau	13.1:	facettes du modèle suisse de maîtrise du vih/sida	138
Tableau	IV.1:	activités entreprises par les organisations et institutions dans le champ liées à l'alcoolisme	143
Tableau	14.1:	répartition en pourcentages des organisations et institutions selon leur genre	150
Tableau	14.2:	pourcentage des organisations et institutions réalisant des activités alcool	151
Tableau	14.3:	répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et la tâche principale	152
Tableau	14.4:	répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et leur genre	153
Tableau	14.5:	activités des acteurs locaux/cantonaux et des acteurs nationaux	155
Tableau	14.6:	mesures prises par les cantons et répartition des acteurs alcool	157
Tableau	21.1:	systematisation des solutions adoptées dans les différentes réalités territoriales	218
Tableau	22.1:	phases d'évolution étatique en Suisse	229
Tableau	23.1:	légitimation des instruments d'intervention étatiques	238

Figure	3.1:	les mondes bureaucratiques et personnel et leur intermédiation (Billis 1989: 20)	36
Figure	3.2:	le triangle du bien-être (Evers 1990a: 196)	38
Figure	6.1:	évolution des acteurs sida et progression des cas de sida	65
Figure	6.2:	évolution des acteurs publics et des acteurs intermédiaires	66
Figure	7.1:	évolution du réseau national suisse	77
Figure	7.2:	réseau national dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	84
Figure	8.1:	réapparition territoriale des organisations et institutions dans le canton de Berne (état fin 1990)	90
Figure	8.2:	réseau bernois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	94
Figure	9.1:	réseau genevois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	98
Figure	10.1:	réseau lucernois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	105
Figure	11.1:	répartition territoriale des organisations et institutions dans le canton de Vaud (état fin 1990)	113
Figure	11.2:	réseau vaudois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	115
Figure	12.1:	réseau zurichois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)	125
Figure	14.1:	évolution des organisations et institutions totales, publiques, spécialisées et polyvalents	147
Figure	15.1:	évolution du réseau national suisse	162
Figure	15.2:	réseau national dans le champ des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)	168
Figure	16.1:	acteurs dans le domaine de l'alcoolisme nouvellement formés à Berne (état fin 1991)	171
Figure	16.2:	réseau bernois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)	175
Figure	17.1:	réseau genevois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)	183
Figure	18.1:	réseau lucernois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)	190
Figure	19.1:	réseau vaudois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)	197
Figure	20.1:	évolution du nombre d'acteurs dans le domaine de l'alcoolisme dans le canton de Zurich jusque fin 1991	201
Figure	20.2:	réseau zurichois dans le domaine des problèmes liés à l'abus d'alcool (état fin 1991)	207

## Abréviations

AA	Alcooliques Anonymes
AAS	Aids Aufklärung Schweiz
ADDEPOS	Association des droits et devoirs des positifs
AHBe	Aids-Hilfe Bern
AHLu	Aids-Hilfe Luzern
AHS	Aids-Hilfe Schweiz
Al-Anon	Groupes familiaux Alcooliques Anonymes
APPA	Association privée de prophylaxie de l'alcoolisme
AREAS	Association Romande d'Echange et d'Etudes en matière d'Action Sociales
ASA	Association suisse des sociétés d'abstinents
ASIT	Association suisse des intervenants en toxicomanie
ASS	Aide Suisse contre le Sida
AVS	Assurance vieillesse et survivants
BIPS	Bus Itinérant Prévention Sida
CFE	Chemins de fer fédéraux
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIFERN	Centre d'Information Familiale et de Régulation des Naissances
CIRSA	Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie
CMSPF	Centre médico-social Pro Familia
CORAS	Conférence romande de la action sociale
CSPV	Centre social protestant du canton de Vaud
DSR	Département Social Romand
EGOS	European Group for Organizational Studies
EPER	Entraide protestante suisse
FEGPA	Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme
FEVPA	Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme
FMH	Association suisse des médecins
FVA	Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
GHOG	Groupe homosexuel de Genève
GREAT	Groupe romand pour l'étude sur l'alcoolisme et les toxicomanies
GSG	Groupe Sida Genève
HAB	Homosexuelle Arbeitsgruppen Bern - Groupes de base homosexuels de Berne
HACH	Homosexuelle Arbeitsgruppen Schweiz - Coordination des groupes de travail homosexuels de Suisse
HaLu	Homosexuelle Arbeitsgruppen Luzern - Groupes de base homosexuels de Lucerne
HAZ	Homosexuelle Arbeitsgruppen Zürich - Groupes de base homosexuels de Zurich
HCUG	Hôpital cantonal universitaire de Genève
HEKS	Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz
IES	Institut d'études sociales de Genève
IHS	Interkantonale Höhere Fachschule für Sozialarbeit
IOGT	Les Bons Templiers
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
IUPG	Institutions universitaires de psychiatrie genevoise
JdG	Journal de Genève

KFO	Krankenzimmer für Obdachlose
LNQ	Le Nouveau Quotidien
LSP	Loi sur la santé publique
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OCA	Office cantonal antialcoolique
OCSA	Office cantonale de surveillance antialcoolique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
ORA	Offices régionaux antialcooliques
PIG	private interest gouvernement
PNB	Produit national brut
PRIP	Programme interinstitutionnel de prévention
Quango	quasi-non gouvernemental organisation
RFA	Régie fédérale des alcools
SAB	Schweizerischer Abstinertenbund
SAGJ	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Gesunde Jugend
SAKRAM	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige
SASCOM	Service d'aide et de soins communautaires de la Croix-Rouge
SAV	Schweizerischer Abstinerten-Verkehrsverband
SBAF	Ligue suisse des femmes abstinentes
sFr.	Francs suisse
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
SKAL	Ligue catholique d'abstinence
SOH	Organisation suisse des homosexuels
SV Service	Schweizer Verband Volksdienst
SVEN	Schweizerischer Verein der Eisenbahner für Nüchternheit - Association suisse des cheminots pour la sobriété
SVUP	Société vaudoise d'utilité publique
UMA	Unité Multidisciplinaire d'Alcoologie
vih	virus de l'immunodéficience humaine
VPM	Verein zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis
VSD	Verein Schweizerischer Drogenfachleute
VSFA	Schweizerischer Verband vom Fachleuten für Alkoholgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe
ZAGJP	Zürcher Arbeitsgemeinschaft für Jugendprobleme
ZAH	Zürcher Aids-Hilfe
ZAP	Zürcher Aids-Projekte
ZEWO	Zentralstelle für Wohlfahrtsunternehmen - Bureau central des oeuvres de bienfaisance
ZIPP-Aids	Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige - Projet d'intervention contre le sida

## I. Introduction

L'avancement des forces néoconservatrices au début des années quatre-vingts constitue l'indice le plus éclatant d'une inadéquation des instruments étatiques traditionnels. Au centre de la critique néoconservatrice se trouve l'idée que l'Etat providence est arrivé à sa fin et qu'il bloque les forces de la société (surtout l'économie, mais aussi, dans l'aspect de tutelle, l'organisation de la solidarité par la société civile). Face à ces critiques et au défi néoconservateur, la gauche - divisée en une fraction syndicale regroupant les ouvriers et une autre fraction composée d'employés, d'académiciens et de représentants des professions indépendantes - a réagi de façon assez ambiguë: l'aile syndicale défendait avec acharnement les acquis de l'Etat providence (et de cette manière son mode d'agir) alors que l'aile non ouvrière partageait la critique néoconservatrice de l'Etat providence, sans accepter le programme de déréglementation proposé par les tenants du néolibéralisme, mais aussi sans formuler d'alternative à ce projet.

Mais quels étaient, outre l'incapacité de réaction de la gauche face à la "crise de l'Etat providence", les motifs de la "Wende", du Thatcherisme, des Reaganomics ou du slogan "moins d'Etat - plus de liberté"? La vague néoconservatrice trouve son origine principalement dans le fait que l'augmentation des dépenses publiques ne correspond plus à une augmentation du bien-être social ou de la performance économique. Ainsi des critiques fondamentales se soulèvent face à la logique d'expansion étatique, critiques qui bloquent et délégitiment toute politique publique. Les mobilisations de la population contre les grandes infrastructures énergétiques et routières, contre les transformations urbaines, contre les mégaprojets issus d'une logique de planification "préceptorale", de même que les mobilisations des groupes d'intérêts de l'économie contre l'augmentation des charges sociales, contre l'étatisation des entreprises moroses et contre l'action législative croissante sur le marché n'ont en effet pas seulement bloqué l'action étatique, mais l'ont aussi délégitimée.

Pendant cette période de regain néoconservateur, l'Etat providence - garant pendant des décennies de la diffusion du bien-être - est devenu un ennemi de l'économie et du citoyen. Aujourd'hui, après l'expérience néoconservatrice de la déréglementation étatique, cette relation tendue entre Etat et société n'a pas changé et autant la droite que la gauche cherchent un nouveau projet et un programme de transformation de l'Etat providence qui reconsidèrent les instruments d'intervention étatique. Les différentes propositions ont

comme trait commun de non seulement donner plus de poids aux forces privées du marché, mais aussi à la société civile pour l'organisation et la distribution des biens de solidarité. Ces propositions visent à réconcilier les citoyens et leurs institutions et expriment l'idée d'un partenariat qui responsabiliserait les acteurs économiques et sociaux d'une part et les citoyens d'autre part, ce qui permettrait de surmonter les blocages auxquels l'Etat est confronté. Cependant, ce débat autour de la réorganisation de l'Etat n'a pas encore débouché sur l'énoncé de solutions. Les responsables politiques préfère en effet privilégier la voie de la consultation et de la recherche, comme l'illustrent, en Suisse, les projets financés par le Fonds national suisse de la recherche scientifique portant sur l'intervention sociopolitique face aux problèmes de la pauvreté, de la vieillesse ou de l'éducation.

Notre étude fait elle aussi partie de cet ensemble de réflexions portant sur les orientations à développer pour relever les défis auxquels l'Etat et la société sont confrontés. Notre démarche consiste plus spécifiquement à approfondir le thème de la relation entre l'Etat moderne et l'auto-organisation de la société dans la réalisation des biens de solidarité à la lumière du système du bien-être suisse. Nous cherchons, en d'autres termes, à contribuer à la compréhension de la "division de travail" entre l'Etat et la société civile dans l'organisation et la distribution du bien-être.

Notre démarche, bien qu'elle trouve son origine dans le débat sur la crise de l'Etat providence, dépasse cependant cette tradition en englobant dans sa réflexion l'allocation et la distribution des biens de solidarité par tous les producteurs, publics ou privés. Plus exactement, alors que pendant les années soixante-dix les chercheurs ont porté leur attention sur les limites de l'intervention étatique et sur la fin de l'expansion étatique, notre recherche participe à la discussion (plus opérationnelle) qui s'est développée ces dernières années portant sur la réorganisation et sur la minimalisation de l'Etat moderne. Les résultats esquissés dans le cadre de cette discussion abandonnent la dichotomie marché-Etat, au profit d'une vision plus complexe du fonctionnement du système social intégrant la société civile et ses expressions organisationnelles. Rose (1985) parle dans ce contexte de *welfare mix* en le définissant comme "the contribution that each of three very different social institutions - the household, the market and the state - make to total welfare of society" (Rose 1985: 4; voir aussi Evers 1990 et le chapitre 4 de la présente étude).

Cette perspective a des implications importantes: elle permet de revaloriser la contribution de la société civile dans l'organisation de la solidarité. Plus encore, la société

civile devient la “troisième dimension“ (Ardigò 1981) qui, à côté du marché et de l'Etat, oeuvre à la construction du système social. En prenant son point de départ dans cette perspective, notre recherche vise ainsi à analyser le système du bien-être suisse en insistant sur le welfare mix qui le caractérise. Une telle analyse se basera sur une reconstruction empirique des champs du vih/sida et de l'alcoolisme, complétée par une analyse de la littérature traitant de la politique sociale en Suisse. Nous avons choisi ces deux champs car autour d'eux, des réseaux d'organisations publiques et privées, se différenciant quant à leur degré organisationnel, se sont constitués. Par ailleurs, l'alcoolisme a une vieille histoire et montre un système établi de prise en charge. Le vih/sida, en revanche, se trouve dans une période où les acteurs qui tentent de répondre à ce défi - et les réseaux qu'ils forment - sont à peine établis. Ces deux histoires nous permettent ainsi une comparaison féconde, à la fois pour en déduire des indications pour les deux réseaux et pour établir des dimensions générales utiles à l'analyse du système du bien-être suisse.

Nous nous proposons de présenter les résultats de notre recherche - après quelques clarifications méthodologiques - en cinq parties distinctes. Dans une partie théorique (II), nous chercherons d'abord à systématiser les approches théoriques traitant de la division du travail entre Etat et société civile dans l'organisation et la production de la solidarité. En mettant en exergue les limites des recherches abordant cette division du travail en termes de secteurs (notamment les théories dites du *third sector*), nous plaiderons pour une approche relationnelle analysant la division du travail entre les acteurs publics et privés au travers des réseaux qu'ils forment. Ensuite, nous reconstruirons l'état de la recherche empirique portant sur cette division du travail en Suisse, ce qui nous permettra de formuler des questions théoriques portant sur le cas suisse.

Dans les deux parties suivantes, nous présenterons les deux analyses de cas - la maîtrise du vih/sida (III) et des problèmes liés à l'alcool (IV). La démarche empirique sera celle d'une reconstruction des réseaux organisationnels s'étant constitués autour de ces deux problématiques, reconstruction à l'aide de laquelle nous pourrions mettre à jour les contributions de l'Etat et de la société civile dans l'allocation des biens de solidarité. Plus exactement, nous insisterons sur les changements intervenant dans le welfare mix lors de l'évolution des différents réseaux. Dans le cas du vih/sida, l'évolution est marquée par une forte collaboration entre les acteurs publics et privés débouchant sur une sectorialisation du champ. Pour le cas de l'alcoolisme, par contre, ce sont les organisations privées qui ont réagi les premières, lesquelles ont vu, petit à petit, leur rôle diminuer au profit de l'acteur

étatique, pour se voir, ensuite, intégrées dans des politiques publiques plus larges.

Ces deux cas, s'ils peuvent être considérés isolément, seront ensuite comparés afin de dessiner les contours du modèle suisse du bien-être. Nous constaterons qu'au fil de l'histoire, différents modèles ont inspiré les types de régulation et de légitimation du système suisse du bien-être. D'un modèle libéral - basé sur l'auto-organisation de la société civile et le "transfert de fonctions" (Hotz 1979) en cas d'échec de cette auto-organisation -, le système du bien-être suisse est passé à un modèle étatique - fondé sur la mise en place de services sociaux par l'Etat et à l'origine d'une diminution du rôle de la société civile dans la production du bien-être - pour arriver, de nos jours, à un modèle reposant sur une coopération entre les acteurs privés et publics - dans laquelle l'Etat cherche à revitaliser et intégrer les ressources autonomes de la société (V, chap. 22). Ces passages d'un modèle à l'autre sont tous liés à la faillite ou à l'inadéquation des expériences précédentes. Dans cette perspective, nous analyserons plus en détail le dernier modèle mis en évidence (V, chap. 23) et en déduirons des orientations générales pour une évolution souhaitable du modèle suisse du bien-être (VI).

### **1. Organisation du travail empirique et méthodes utilisées**

Notre recherche est d'abord une analyse de cas: le cas du vih/sida et le cas de l'alcoolisme en Suisse. Mais, l'idée est aussi de mettre en perspective les deux études de cas avec pour but d'émettre des hypothèses exploratoires sur le modèle suisse du bien-être. Le choix des cas analysés est d'ailleurs marqué par ce besoin de comprendre, grâce à une comparaison, le système du bien-être suisse. Les différences importantes qui existent entre les deux champs choisis nous forcent à formuler un concept analytique qui soit peu spécifié ou, en reprenant les termes de Sartori (1991: 254), doté d'une faible "connotation" et d'une large "dénotation". Cette large dénotation - en autrement dit, cette nécessité de voir dans les cas analysés des régularités ou des généralisations concernant le modèle suisse du bien-être - se dégage des différences suivantes:

- le vih/sida et l'alcoolisme sont deux problématiques qui sont nées à des moments et dans des contextes historiques différents (différence temporelle);
- de plus, le vih/sida et l'alcoolisme ont des caractéristiques qui leur sont propres et qui déterminent différemment chacun des champs (différence matérielle);
- enfin, dans les deux champs étudiés, des organisations différentes se sont constituées et ne se recoupent que rarement - à l'exception, par exemple, de l'Armée du Salut (différence sociale).

Cependant, le modèle suisse du bien-être n'est pas seulement déterminé par la problématique en question. Dans le cas suisse, la différenciation territoriale du système politique (une différence opérationnelle) mérite aussi d'être approfondie en vue d'une généralisation des résultats sur l'ensemble du système du bien-être. En effet, la structure fédéraliste suisse donne de larges compétences aux cantons dans de nombreux domaines - et spécialement dans la politique sociale - ce qui produit, pour ainsi dire, autant de possibilités de relations entre Etat et société civile que de cantons. En conséquence, nous avons choisi d'analyser les réseaux d'organisations qui se sont constitués autour du vih/sida et de l'alcoolisme *au niveau national* et dans *différents cantons* sélectionnés au préalable pour pouvoir distinguer plusieurs types de welfare mix dans un même domaine.

Cinq cantons (Genève, Berne, Lucerne, Vaud et Zurich) ont été retenus pour l'analyse. Nous les avons sélectionnés, en premier lieu, d'après nos préjugés (fondés, entre autres, sur une consultation de spécialistes) sur les différentes façons dont s'organisent les systèmes de bien-être de ces cantons (Berne, Vaud et Zurich sont connus pour leurs spécificités) et, en deuxième lieu, selon des critères d'ordre socio-économique: Genève et Zurich sont des cantons hautement tertiarisés, Lucerne est le centre d'une région plutôt rurale, et Berne et Vaud sont des modèles à caractère mixte, avec une forte dialectique entre ville et campagne. Une telle distinction nous permet avant tout d'analyser les conséquences sur le welfare mix de diverses modalités d'intervention face aux problèmes sociaux introduites d'une part par les cantons et d'autre part par les autorités fédérales.

Avec ces distinctions entre différents champs et différentes unités territoriales, nous pouvons réaliser quatre types de comparaison (voir tableau 1.1) qui nous aident à surmonter les difficultés de généralisation propres aux études de cas:

- une comparaison des différents champs dans un même territoire (1);
- une comparaison entre différentes unités territoriales dans un même champ (2);
- une comparaison entre différentes combinaisons champ-territoire (3);
- une comparaison temporelle entre différentes phases de développement (4).

***Tableau 1.1: quatre types de comparaison***

Dans les pages suivantes, nous présentons brièvement la manière dont nous avons procédé pour récolter nos données et les outils méthodologiques employés pour l'analyse de ces données.

## Récolte des données

Notre base de données a été constituée en trois étapes pour lesquelles nous avons employé diverses méthodes. *Dans un premier temps*, toutes les organisations ayant des programmes liés au vih/sida ou à l'alcoolisme établies en Suisse, qu'elles soient privées ou publiques, ont été inventoriées sur la base de données quantitatives. Ceci s'est fait à l'aide d'un questionnaire dont les dimensions étaient liées à la création de l'organisation, son statut, ses buts, ses activités, sa clientèle, ses ressources (professionnels, volontaires, membres, budget) et à sa place dans le réseau (affiliations, collaborations). Cette dernière dimension, en plus de donner une première idée de l'intégration horizontale et verticale des différents réseaux d'organisations, s'est révélée très utile pour l'identification d'autres organisations.

Lors de cette phase qui a duré 6 mois au total, près de 1400 questionnaires (environ 700 pour chaque cas) ont été envoyés dans toute la Suisse. La récolte des adresses s'est faite en téléphonant aux responsables de la santé des différents cantons et à l'aide de listes d'adresses établies par des organisations actives dans la recherche et l'élaboration d'informations - Sida Info Doc pour le vih/sida, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), la Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie (CIRSA) et la Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (SAKRAM) pour l'alcoolisme et, enfin, le Bureau central des oeuvres de bienfaisance (ZEWO) pour des adresses dans les deux domaines. De nombreuses autres adresses ont été obtenues par le biais des questionnaires de retour. En fin de compte, 317 organisations ayant des programmes liés au vih/sida ont été retenues ainsi que 289 organisations travaillant dans le champ de l'alcoolisme. Cependant, on doit ajouter à ces dernières 865 sections. En effet, alors que le réseau des organisations ayant des activités vih/sida est très peu hiérarchisé et que des sections locales n'existent pour ainsi dire pas, le champ de l'alcoolisme compte une quantité de groupes locaux dépendants d'une structure cantonale, elle-même affiliée à une organisation nationale. Cependant, ces différentes sections sont souvent très peu structurées (il s'agit plutôt de groupes de rencontre) et les sections d'une même organisation ont des tâches et des activités comparables. Ainsi, pour des besoins de rationalisation, nous avons préféré regrouper les données concernant les sections locales au niveau des organisations faîtières. Quant aux organisations auxquelles nous avons envoyé le questionnaire et qui n'ont pas été sélectionnées, la majorité d'entre elles n'avaient pas de programmes liés au vih/sida ou à l'alcoolisme, d'autres avaient cessé

toute activité - surtout dans le champ de l'alcoolisme - et quelques-unes n'ont pas voulu répondre.

Cette méthode, bien qu'utile pour la description d'un large réseau, comporte certaines limites et problèmes. Premièrement, la récolte des questionnaires ne s'est pas faite sans mal. Par exemple, pour le cas du vih/sida, environ 400 organisations contactées ont reçu un rappel. Malgré ce premier rappel, nous avons dû téléphoner à près de 350 organisations dont il s'est avéré que la plupart n'avaient pas de programmes vih/sida. Deuxièmement, cet inventaire ne prétend pas être exhaustif (bien qu'il s'approche de cet idéal). Certaines organisations, situées à l'extérieur des réseaux conventionnels propres aux deux champs, ont pu échapper à nos recherches et d'autres ont préféré rester dans l'ombre. Troisièmement, un tel inventaire donne une image statique des deux réseaux d'organisations au moment de la collecte des données (fin 1990 pour le vih/sida et fin 1991 pour l'alcoolisme). Depuis lors, certains développements ont eu lieu - notamment dans le champ du vih/sida en pleine évolution - qui ne ressortiront pas dans cette étude, tout au moins de manière quantitative. Enfin, l'inventaire a produit un ensemble de données qui peuvent seulement être interprétées avec un savoir extérieur sur les champs analysés. Par exemple, le fait que la Croix-Bleue lucernoise n'existe pas ne peut être expliqué qu'en connaissant le contexte lucernois. C'est pourquoi, parallèlement à la récolte des données, nous avons rassemblé un maximum de sources secondaires.

*Dans un deuxième temps*, nous avons interviewé les responsables et spécialistes d'une centaine d'organisations, et ce sur une période d'environ trois mois. Dans chaque domaine, les organisations ont été sélectionnées selon plusieurs critères. Premièrement, elles ont été choisies en fonction de la différenciation territoriale établie plus haut. Deuxièmement, une différenciation fonctionnelle nous a permis de choisir les organisations selon leur statut (public ou privé) et, pour les organisations privées, selon leur niveau de spécialisation (*organisations spécialisées* dans le champ en question ou *organisations polyvalentes*). Nous n'avons pas intégré une telle distinction pour les *organisations publiques* car elles appartiennent forcément à une structure plus large intégrant d'autres domaines d'activités (service social, hôpital, etc.). Les organisations se différencient donc fonctionnellement de trois manières: organisations publiques, organisations spécialisées et organisations polyvalentes. La distribution des organisations sélectionnées pour les interviews selon ces deux critères de distinction dans les deux champs est présentée dans le tableau 1.2 (pour le nom des organisations, voir annexe 1).

**Tableau 1.2:** *organisations sélectionnées selon la différenciation fonctionnelle,*

### *territoriale et thématique*

Les interviews auprès des responsables et des spécialistes des organisations ont été réalisés suivant un questionnaire standardisé composé de questions ouvertes et fermées. Si la plupart des interviews se sont passés en tête à tête, quelques-uns ont eu lieu en présence d'une tierce personne, soit parce qu'aucun responsable ou spécialiste de l'organisation ne se sentait en mesure de répondre seul, soit par souci de réunir plusieurs opinions. Chaque interview a duré en moyenne deux heures et demie et visait à obtenir des informations quantitatives et qualitatives sur les dimensions suivantes:

- contexte de la formation et du développement de l'organisation;
- degré de formalisation de la structure organisationnelle;
- structure de la prise de décision et management;
- relations entre la direction, les professionnels et les volontaires;
- profil des tâches, activités et structure de la clientèle;
- organisation du travail;
- structure des membres;
- ressources (budget, professionnels, volontaires, membres, ressources particulières);
- coopération et compétition interorganisationnelle;
- institutionnalisation.

Lors de ces interviews, nous avons rencontré plusieurs problèmes. La forme standardisée du questionnaire n'était en effet pas appropriée à toutes les organisations. D'autres fois, ce sont les personnes interviewées qui ont eu de la peine à se tenir à la logique des questions. Cependant, le problème majeur auquel nous nous sommes heurtés était le manque de statistiques sur les organisations. En effet, peu d'organisations tiennent des statistiques détaillées sur leurs activités, leurs employés, leurs volontaires et leurs membres (qui plus est lorsque les chiffres demandés remontent à plusieurs années). En raison de ces difficultés, nous avons privilégié une interprétation qualitative des informations obtenues lors de ces interviews, tout en exploitant les données quantitatives disponibles.

*Dans un troisième temps*, nous avons voulu compléter nos données en rencontrant des experts des deux champs et de la politique sociale en général - au niveau national et dans les cinq cantons sélectionnés - et en organisant un séminaire portant sur les résultats obtenus jusqu'alors. Cette phase se distingue des deux précédentes par le fait qu'il ne s'agit

plus d'une récolte de données à proprement parler, mais d'un complément d'informations sur les différents réseaux. Les interviews avec les experts (il s'agissait d'administrateurs et de chercheurs dans le domaine de la politique sociale) se sont déroulés sous la forme d'une discussion libre, suivant le fil des hypothèses que nous voulions confronter à leur savoir et des informations qui nous manquaient. Quant au séminaire, nous avons invité les responsables et spécialistes des organisations sollicités lors de la deuxième phase afin de leur transmettre nos résultats et de recevoir leurs réactions et critiques et de compléter ainsi nos interprétations.

Ces deux dernières étapes - interviews avec les responsables des organisations et complément de données - nous ont permis de nous rapprocher des champs analysés de deux manières. D'une part, en nous confrontant au vécu, à la pratique et au langage des opérateurs des deux champs, nous avons pu intégrer les sujets de la recherche dans la recherche. D'autre part, la confrontation directe avec les organisations et leurs responsables ainsi que l'étude qui en est tirée donnent à notre recherche la possibilité d'interagir avec les praticiens des champs étudiés. Il est clair que le déroulement de la recherche est trop lent pour agir sur le quotidien immédiat des organisations, mais les efforts de recherche peuvent quelquefois quand-même contribuer à la "conscientisation" des acteurs dans le long terme (Kriesi 1992: 212).

### **Analyse des données**

L'analyse des données a suivi deux étapes. D'abord, nous avons procédé à une *reconstruction dans le temps* des deux cas (a) pour ensuite les *comparer* afin d'émettre des généralisations sur le modèle suisse du bien-être (b).

a) Dans un premier temps, les réseaux organisationnels mis en place en réponse au vih/sida et à l'alcoolisme ont été reconstruits, au niveau national et dans les cinq cantons sélectionnés, sur la base d'une *démarche diachronique*. Cette démarche a pour but d'identifier les lignes d'évolution de chacun des douze réseaux d'organisations analysés. Plus exactement, une telle démarche nous a permis d'isoler les facteurs généraux qui caractérisent les réseaux, les facteurs spécifiques qui les stabilisent et ceux qui les poussent au changement. Avec ces facteurs nous avons ensuite mis en évidence - et comparé - différentes phases d'évolution au sein des cas analysés (Eckstein 1975). Par ailleurs, grâce à cette démarche, nous avons pu établir plusieurs types d'évolution d'un welfare mix: dans chaque champ, six cas ont été reconstruits, chacun caractérisés par une évolution spécifique du welfare mix.

Ensuite, nous avons tenté de dresser les caractéristiques communes aux six réseaux étudiés dans chacun des champs afin d'obtenir deux études de cas, à savoir la maîtrise du vih/sida et la lutte contre l'alcoolisme. La méthode pour arriver à ce résultat est simple: les caractéristiques propres aux réseaux organisationnels dans les des domaines sont comparées et leurs similitudes sont retenues. Une telle démarche nous a permis d'élaborer deux études de cas, indépendantes l'une de l'autre, qui nous ont servi de base pour l'établissement d'hypothèses généralisantes sur le modèle suisse du bien-être.

b) Pour l'établissement de telles hypothèses, les deux études de cas ont été mises en perspective en comparant leur évolution propres et leurs caractéristiques actuelles. Dans cette étape, nous avons adopté une perspective exploratoire en considérant nos deux cas comme des types idéaux du fonctionnement du système suisse du bien-être (voir Weber 1973: 262). Ici encore, l'analyse a cherché à établir des similitudes, mais cette fois-ci entre le cas du vih/sida et celui de l'alcoolisme. L'idée n'est plus d'individualiser les cas en isolant leurs particularités, mais de généraliser les éléments de fonctionnement des deux champs. Pour cela, nous avons utilisé deux méthodes distinctes:

- A l'aide d'une *comparaison diachronique*, nous avons procédé à des généralisations sur l'évolution du modèle suisse du bien-être. Les règles de fonctionnement des deux champs analysés et les types d'acteurs qui les composent ont été mis en relation pour en déduire des caractéristiques de l'évolution du système.
- En procédant à une *comparaison synchronique* se limitant à comparer des dimensions spécifiques à une époque donnée, nous avons tenté de répondre à des questions théoriques sur nos cas, et sur le système suisse du bien-être en général. L'analyse synchronique nous paraît utile surtout dans une perspective de *contrôle d'hypothèses théoriques* (Kohn 1987: 714). De telles questions théoriques ont été formulées dans le cadre de notre recherche (voir chapitre suivant) et la comparaison synchronique tentera d'y apporter des réponses.

Ces deux types de comparaison nous permettent de surmonter le problème d'unités temporelles dû au fait que le champ du vih/sida et celui de l'alcoolisme ont des histoires remontant à une décennie à peine pour le premier et à plus d'un siècle pour le second. La concentration de notre analyse sur les règles de fonctionnement des deux champs intervenant à différents moments de leur histoire nous donne une période d'analyse relative. Ainsi, chaque phase historique d'un champ a son autonomie et ses règles et peut être comparée avec d'autres phases, qu'elles appartiennent au cas en question ou à un autre cas. De même, chaque passage d'une phase à une autre est mis en relation à l'intérieur du cas ou avec l'autre cas. Avec la comparaison synchronique, le problème des

unités temporelles se résout grâce au choix méthodologique de ne prendre en considération que des moments d'histoire communs aux deux champs, à savoir des “dates” s'échelonnant sur les dix dernières années.

L'analyse des données se révèle donc assez complexe et mélange plusieurs niveaux et intérêts d'analyse. Un premier niveau d'analyse consiste à élaborer, par une reconstruction historique, différents types d'évolution des réseaux d'organisations prenant en charge le vih/sida ou l'alcoolisme, dans les cantons et à l'échelon national. Six types d'évolution pour chaque cas - correspondant aux cinq cantons sélectionnés et au réseau des organisations nationales - se dégagent de cette première reconstruction. Ensuite, une “comparaison par concordance” des six cas dans chaque champ nous aide à faire ressortir deux études de cas générales, à savoir l'une sur le champ du vih/sida et l'autre sur le champ de l'alcoolisme. A un niveau de généralisation plus élevé, ce sont ces deux études de cas qui sont comparées, que ce soit dans une perspective diachronique ou synchronique.

Ces différentes étapes méthodologiques ne correspondent pas tout à fait à la logique de la présentation de nos résultats. En effet, dans notre analyse, nous avons présenté l'étude du vih/sida et de l'alcoolisme en deux parties afin de permettre une lecture indépendante des deux cas. Quant aux réflexions plus générales issues de la comparaison des deux champs, elles sont présentées dans deux parties qui se distinguent par leur statut analytique. Alors que dans la partie V nous décrivons le modèle de fonctionnement du système du bien-être suisse, la partie VI est consacrée à la formulation de critiques et de perspectives d'évolution du système suisse du bien-être. Le tableau 1.3 résume les méthodes utilisées dans cette recherche, à quels niveaux d'analyse elles se situent et les buts qu'elles poursuivent dans le cadre de notre étude.

*Tableau 1.3: méthodes employées pour l'analyse des données*

## **II. Le cadre d'analyse du système du bien-être**

L'analyse du système du bien-être prend, dans toutes les théories contemporaines de la société, un rôle important. Après les explications évolutionnistes de Marx et Polanyi qui proposent une analyse monofonctionnelle de l'Etat social - l'un voyant dans l'Etat social

une prolongation raffinée de l'action capitaliste destinée à soumettre le prolétariat, l'autre le comprenant comme équivalent fonctionnel nécessaire à la compensation des effets dus à la rationalisation de la société - différentes interprétations se cristallisent aujourd'hui, avec comme point commun le présupposé d'une crise de l'Etat providence (voir Kleger 1987: 59). Quatre interprétations sur la crise de l'Etat providence, appartenant à différents paradigmes, peuvent être mises en évidence afin de donner une première idée de l'éventail des positions présentes dans la discussion actuelle.

Une première position (que l'on peut appeler "*autonomiste*") déclare la fin de la modernité et se révolte contre toutes les conquêtes de la modernité. La modernité est synonyme à "*modernisation*", laquelle a amené un appareil de contrôle toujours plus sophistiqué. La critique formule un projet de réduction de l'Etat providence avec, en lieu et place, une pluralité des formes d'auto-organisation (voir par exemple Ewald 1986).

Une deuxième position est celle prônée par les libéraux orthodoxes - ou les *modernisateurs* - et déclare aussi la fin du système actuel du bien-être. A la place de l'Etat providence, symbole de la bureaucratisation de la société et de l'inefficacité, les modernisateurs proposent un système d'allocation de services guidé par les règles du marché et doté d'un correctif étatique minimal. Le projet proposé, marqué par l'idée de *déréglementation*, prévoit une augmentation de la responsabilité individuelle, de l'entraide et de l'auto-organisation dans tous les domaines, ainsi qu'une limitation de l'Etat providence à une assistance publique pour les "*marginiaux*" de la société (voir par exemple Sorman 1985; Nozick 1974).

Une troisième position se regroupe autour de l'idée du *droit réflexif* qui, dans une perspective critique, constate la fin de la société hiérarchique avec, en son centre, un Etat providence régulateur et tuteur de tous les intérêts. Le processus de modernisation a amené à une différenciation fonctionnelle entre systèmes hautement spécialisés et intégrés. Ainsi, la production du bien-être n'est plus seulement un devoir de l'Etat providence, mais se réalise dans une société polycentrique à travers une pluralité de formes hétérogènes, sans que l'une domine l'autre. L'Etat providence a donc perdu son rôle intégrateur pour devenir une organisation au même titre que d'autres organisation présentes dans la société (voir par exemple Teubner 1987 ou Willke 1983).

Une quatrième position qui différencie plus spécifiquement la modernisation de la modernité, déclare que le projet de la modernité n'est pas encore achevé. Pour les tenants de cette approche, modernisation et modernité sont des processus d'évolution dialectiques: l'un garantit et sabote en même temps l'autre. La modernité a permis de

rationaliser la société, et la modernisation a donné les moyens techniques pour cette rationalisation. Mais, en même temps, l'évolution technique s'autonomise et entraîne des systèmes de contrôle qui mettent en danger les conquêtes de la modernité, alors que, parallèlement, la rationalité propre à la modernité tente de freiner cette modernisation et de lui donner une direction. L'auto-dynamique des deux processus a amené, selon cette réflexion, à une situation dans laquelle la technique règne toujours plus sur les personnes, lesquelles sont ainsi colonisées par les "logiques déchaînées" des systèmes. Contre cette colonisation, la critique postule une réorganisation de l'Etat providence et une rationalisation communicative de l'économie pour rattacher les systèmes au monde vécu (voir par exemple Habermas 1981; Ulrich 1983).

Toutes ces positions paradigmatiques, et c'est le point commun à partir duquel notre recherche démarre, critiquent l'Etat providence et proposent une transformation, voire une diminution, de ses fonctions. De même, elles s'entendent toutes pour discuter le rôle prépondérant de l'Etat providence en soulignant l'importance des initiatives de la société civile. Cette opposition entre initiative étatique et non-étatique et ses traductions analytiques seront au centre de cette partie. Plus exactement, nous procéderons à une reconstruction des approches traitant des apports de la société civile dans la production et l'organisation du bien-être qui se sont développées suite au constat de la crise de l'Etat providence. Tout d'abord, nous passerons en revue les analyses appréhendant les contributions étatiques et non-étatiques selon un modèle sectoriel dans lequel différentes parties de la société (se différenciant quant à leur statut et leur mode de régulation interne) participent chacune au bien-être de la société (2). Ce modèle *sectoriel* est utile pour une analyse du rôle de la société civile dans l'attribution des biens sociaux mais ses possibilités d'applications empiriques restent faibles. En effet, parler en termes de secteur revient à avoir une vision statique de la réalité. Nous tenterons de dépasser ce statisme en introduisant dans notre analyse une dimension relationnelle, à la suite des propositions développées par différents auteurs ayant une position critique vis-à-vis du modèle sectoriel (3). Dans le prolongement de ces analyses, nous postulerons que l'acteur ne devrait pas se définir par son statut mais en fonction de son insertion dans un *réseau de relations* dont les règles de fonctionnement et la division de travail entre acteurs de statuts différents nous permettent d'appréhender l'opposition entre initiative étatique et non-étatique (4). Enfin, de manière plus spécifique, nous nous pencherons sur le modèle suisse du bien-être qui se trouve au centre de notre recherche en reconstruisant son évolution historique à partir des recherches et analyses effectuées sur le sujet (5).

## 2. Le troisième secteur

Alors que, au niveau politique, la réévaluation de la société civile a surtout eu lieu en utilisant des clefs de lecture néoconservatrices, la discussion scientifique s'est faite de manière plus différenciée. A partir d'une relecture du livre classique de Beveridge (1948) portant le titre "Voluntary Action", différentes recherches et réflexions théoriques ont été entreprises en s'inspirant de l'idée que la société civile appartenait à un système global de production du bien-être social. La réponse analytique à la crise de l'Etat providence consiste, en d'autres termes, en une compréhension de l'Etat comme un des producteurs du bien-être social à côté du marché et de la société civile. Cette complexification du cadre analytique a abouti à toute une série de concepts qui se cristallisent autour de ce qu'on pourrait appeler une théorie du "troisième secteur" (*third sector*) dans laquelle les organisations qui ne sont ni des entreprises tournées vers le profit ni des services publics se trouvent au centre de l'attention (Anheier/Seibel 1990: 7).

Les théories du troisième secteur étant nées dans le climat d'une crise de l'Etat providence, les premières utilisations de ce terme ont eu une connotation spécifique. En effet, l'apparition des théories du troisième secteur dans les sciences sociales à ce moment n'a pas seulement apporté une aide à la compréhension de la réalité sociale, mais a aussi été accompagnée d'un projet politique. Etzioni, Levitt ou Ruffolo - trois auteurs de la première heure dans ce débat - illustrent très bien ce double caractère de la discussion sur le troisième secteur, comme le démontrent les citations suivantes:

"While debate over how to serve our needs has focused on the public versus the private alternative, a third alternative, indeed sector, has grown between the state and market sector. Actually this third sector may well be the most important alternative for the next few decades, not by replacing the other two, but by matching and balancing their important roles. [...] Not all [experimentations with new forms] are successful, not by a long shot; but many seem to do significantly superior work than either the federal or local governments, and they are able to carry out missions which are not profitable enough to attract the private sector. In fact, the most promising solutions to our domestic problems are among the third sector approaches now evolving" (Etzioni 1973: 315).

Dans ce passage d'Etzioni, la combinaison d'éléments de définition analytique et de motivations normatives ("the most promising solution") est aisément reconnaissable. Chez Ruffolo, ce mélange d'affirmations analytiques et normatives est encore plus évident:

"La risposta progressista alla crisi del Welfare State sta in un sistema più complesso e articolato, nel quale il mercato svolga una funzione economica subordinata alla programmazione democratica, e le funzioni sociali, che il mercato non può assolvere, siano distribuite tra un settore pubblico ristrutturato democraticamente e un sempre più esteso

settore associativo-cooperativo (il cosiddetto terzo settore)" (Ruffolo 1980: 88).

Levitt s'intéresse, quant à lui, à tout ce monde d'organisations et d'institutions peu établies, peu institutionnalisées et peu structurées qu'il appelle "nouvelles organisations sociales". Celles-ci forment, selon lui, un *résidu* à côté de l'Etat et de l'économie, résidu qu'il appelle troisième secteur. Ce résidu, tout comme le troisième secteur des auteurs cités plus haut, est connoté normativement:

"I have called this residuum the Third Sector. It is composed of a bewildering variety of organizations and institutions with differing degrees of visibility, power, and activeness. Although they vary in scope and specific purposes, their general purposes are broadly similar - to do things business and government are either not doing, not doing well, or not doing often enough" (Levitt 1973: 7).

Ces connotations normatives que l'on trouve derrière les concepts analytiques du troisième secteur sont typiques des nouvelles propositions théoriques qui, souvent, combinent l'esprit d'analyse avec une motivation politique. Cependant, du point de vue strictement analytique, ce mélange n'a pas aidé à la compréhension du phénomène. Par contre, il a permis une diffusion du terme et, à partir des années quatre-vingt, un approfondissement empirique et théorique. Le résultat le plus important de ces réflexions tient dans la prise de conscience d'une interdépendance complexe pour la production des biens sociaux entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la société civile et ses expressions organisationnelles.

Les recherches principales sur le troisième secteur qui se sont développées suite à ces premières formalisations peuvent être regroupées autour de deux grands thèmes: l'ordre macrosociologique d'une société (a) et l'analyse microsociologique des organisations du troisième secteur (b).

a) Les recherches macrosociologiques concordent sur l'idée que le troisième secteur, en soi, ne peut pas se substituer à l'Etat providence, mais doit être défini dans sa relation avec les autres secteurs qui participent à la production du bien-être. Suivant cette idée, les approches du "choix institutionnel" (*institutional choice*) expliquent l'existence du troisième secteur à partir d'une analyse des défaillances de l'Etat (Weisbrod 1988 ou Douglas 1983) ou du marché (Hansmann 1990). Kramer (1981), en critiquant ces modèles explicatifs qui ne permettent pas de rendre compte du rôle et du comportement de ce troisième secteur - notamment dans une perspective comparative - poursuit ce type de réflexion et postule cinq types de relations possibles entre Etat et troisième secteur donnant chacun un poids différent au troisième secteur (tableau 2.1). Ces cinq types de relations, allant d'un rôle alternatif du troisième secteur à un rôle marginal dans la

production du bien-être, représentent des constellations entre l'Etat, l'économie et le troisième secteur variant selon le programme politique qui inspire les acteurs dominants. Par ailleurs, le type de relation qui règne dans une société est, toujours selon Kramer, fortement dépendant de l'histoire de cette société.

**Tableau 2.1:** *constellations possibles entre Etat, économie et troisième secteur dans la production du bien-être social (Kramer 1981: 273)*

Légende: ET = Etat; EC = Economie; TS = Troisième secteur

Les recherches empiriques menées par Kramer indiquent surtout des types de relations où l'Etat prend un rôle assez important dans la production du bien-être et où les organisations du troisième secteur se regroupent en deux grandes catégories: celles qui agissent en collaboration avec l'Etat et celles qui interviennent comme groupe d'intérêt (ce qui correspond, dans le langage de Kramer, à une cohabitation entre les modèles de "collaboration pragmatique" et de "centralité monopolistique").

b) Les recherches microsociologiques sur les organisations soulignent une grande hétérogénéité des organisations du troisième secteur, hétérogénéité qui existe aussi dans la façon dont ces organisations sont analytiquement définies. En général, nous trouvons, comme le souligne par exemple Ronge (1988: 123), des définitions négatives des "animaux" qui vivent dans ce secteur. On les appelle "organisations non lucratives" ou "organisations non gouvernementales". Les définitions positives qui circulent sont par contre très limitatives. Elles se basent sur une caractéristique particulière existant chez *certaines* organisations excluant ainsi de nombreuses autres organisations de la définition. On parle ainsi d'"organisations bénévoles" (en oubliant qu'il y a des organisations qui ne se servent pas de bénévoles), de "groupes de solidarité" (*solidaristic groups*), d'"organisations philanthropiques", de "gouvernements privés" (*private interest governments - PIG*) ou d'"organisations quasi non gouvernementales" (*quasi-nongovernmental organisations - Quango*).

Si les noms analytiques donnés aux organisations du troisième secteur ne sont pas satisfaisants, il en va de même des caractéristiques générales qui leur sont attribuées:

- Kramer (1981, 1982) différencie quatre particularités propre aux organisations qui nous intéressent: une première caractéristique est leur spécialisation soit pour un problème, soit pour une clientèle spécifique, ou encore pour l'utilisation d'une méthode déterminée. Une deuxième particularité a trait à leur répertoire d'actions consistant principalement en des activités de défense d'une cause, de protection d'un groupe par rapport à un besoin crucial (c'est la fonction *d'advocacy*).

Troisièmement, ces organisations se distinguent par leur capacité prononcée d'intégrer et de promouvoir la participation des usagers des services dans la vie interne de l'organisation (c'est la caractéristique du *consumerism*).

Quatrièmement, ces organisations produisent des biens publics ou, en d'autres termes, participent à la production du bien-être social.

- Reichard (1988) identifie des logiques d'action propres aux organisations du troisième secteur différentes de celles du marché ou des acteurs publics. En partant de Weber, il définit en effet les logiques d'action du marché ou des acteurs publics comme étant *zweckrational* ou *normrational* (rationalité en finalité ou en valeur), alors que les organisations du troisième secteur auraient comme logique dominante une orientation pragmatique (*Sachzieldomiananz*), ou "une rationalité en pratique". D'autres critères permettent de définir les organisations du troisième secteur tels que leur autonomie interne, leur informalité structurelle, la solidarité interne et externe, et l'échange direct des biens (beaucoup de services dans des échanges en face à face).
- Anheier (1990) résume les caractéristiques communes aux organisations du troisième secteur en quatre points: 1. elles mettent à disposition des services; 2. elles ont un statut non lucratif; 3. elles se basent sur le bénévolat et 4. elles ont un système de valeurs idéologiques ou religieuses fort sur lequel l'organisation se fonde.

Toutes ces propositions identifient des aspects cruciaux de la description des organisations qui nous intéressent. Elles ont cependant le défaut de ne pas pouvoir s'appliquer à toutes les organisations: on ne rencontre effectivement pas ces caractéristiques générales chez toutes les organisations du troisième secteur. De même, les caractérisations sont souvent trop larges pour pouvoir distinguer les organisations contribuant au bien-être de la société des groupes d'intérêts, voire même des partis.

Devant ces difficultés à dégager des caractéristiques générales propres aux expressions organisationnelles du troisième secteur, d'autres pistes de recherche, reposant sur des *efforts de typologisation*, ont été développées. Gilbert (1983), en se basant sur une idée de Katz et Bender (1976), a par exemple adopté une stratégie analytique de classification. Selon lui, cinq types de groupes existent, se différenciant sur l'orientation donnée à la mobilisation des ressources sociales pour la réalisation du bien-être:

- les groupes orientés principalement sur eux-mêmes et sur la réalisation de la personnalité de leurs membres;
- les groupes défendant une cause sociale (*social advocacy*);
- les groupes ayant pour unique but de légitimer des modes de vie alternatifs;
- les groupes qui offrent protection et refuge pour des personnes en difficulté;
- les groupes mixtes sans orientation prédominante.

Suite à Gilbert, beaucoup d'auteurs ont suivi cette piste de réflexion analytique. Pour en citer quelques-uns, on peut attirer l'attention sur Gui (1991) qui a élaboré une typologie des organisations du troisième secteur fournissant des services concurrentiels au marché ou sur Douglas (1987) qui différencie trois formes d'organisations non lucratives - "*public benefit organizations*", "*mutual benefit organizations*" et "*pressure groups*" - selon le type de biens qu'elles produisent. Selon Anheier (1990: 174), former des typologies est, aujourd'hui, une direction de recherche importante et encore peu explorée. Cependant, le caractère non-exclusif des types mis en évidence - empêchant l'élaboration de véritables typologies - confrontent ces auteurs à des problèmes comparables à ceux auxquels sont confrontés les auteurs cherchant à définir et à caractériser le troisième secteur de façon positive.

Finalement, autant les recherches macrosociologiques que les recherches microsociologiques menées dans cette perspective analytique consistant à différencier la société en secteurs donnent, à nos yeux, des résultats insatisfaisants. En effet, on peut se demander si le modèle général d'une division de la société en trois secteurs et la généralisation des formes associatives que l'on trouve dans le troisième secteur sont la bonne voie pour comprendre la production du bien-être social par et pour la société. L'idée macrosociologique d'un troisième secteur, à côté des sphères de l'Etat et du marché, n'est pas si homogène que les termes "Etat", "marché" et "troisième secteur" le présupposent. Dans la discussion sur les programmes d'ordre économiques, par exemple, les termes d'Etat et de marché sont utilisés dans une acception idéale-typique qui ne trouve pas de correspondance empirique. Le terme de secteur ne se justifie non plus lorsqu'on observe le mode de régulation propre à chaque secteur, comme le propose Kaufmann (1983) en distinguant entre marché, hiérarchie et solidarité. Ces modes de régulation sont des abstractions idéelles et c'est seulement en tant qu'abstractions qu'ils peuvent être considérées isolément et être rattachées à un certain type d'organisations. La réalité compte certainement encore d'autres modèles d'organisation sociale. Ainsi, il nous semble qu'une interprétation d'un secteur sera plus féconde si celle-ci abandonne le postulat d'homogénéité. Plutôt que de se baser sur le statut des organisations composant le secteur ou sur une caractéristique fonctionnelle du secteur, le chercheur devrait considérer le secteur comme un champ concret dans lequel des acteurs hétérogènes (du point de vue de leurs statuts et de leurs stratégies) se mobilisent. Les acteurs du secteur bancaire, pour continuer le parallèle avec la terminologie économique, sont soit des entreprises lucratives, soit des banques publiques, soit des coopératives. Le mode de régulation dans

ce secteur n'est pas seulement concurrentiel, mais on trouve toute une combinaison de formes de régulation (concurrence, certes, mais aussi réglementation étatique ou auto-contrôle à travers la concertation). Pourquoi alors les formes organisationnelles existant en dehors des agences publiques et des entreprises lucratives devraient-elles former un secteur homogène, que ce soit du point de vue de leur statut ou des modes de régulation réglant leurs contacts?

Le même problème d'abstraction se pose pour les approches microsociologiques se basant sur une différenciation de la société en trois sphères distinctes. Au gain analytique que l'on peut obtenir en parlant de troisième secteur, se pose le désavantage de la localisation d'organisations dans un secteur qui n'existe pas empiriquement. De plus, si l'on part d'un modèle idéal-typique d'un troisième secteur pour définir à l'intérieur de ce secteur des classes d'organisations, le risque d'ignorer le dynamisme propre aux expressions organisationnelles de la société civile augmente.

Suite à ces diverses critiques apportées au modèle sectoriel, nous préférons opter pour une autre approche analytique. Pour éviter le statisme du modèle sectoriel et les difficultés liées à l'abstraction des théories du troisième secteur, nous proposons de placer notre démarche dans une *perspective relationnelle* où l'acteur est identifié grâce au réseau de relations auquel il appartient.

### **3. Pour une analyse relationnelle du système du bien-être**

Se placer dans une telle perspective relationnelle signifie quitter la logique définissant "l'objet" de recherche à priori et le délimitant arbitrairement pour arriver à identifier un champ de recherche à l'aide des limites de ses effets ou, en d'autres termes, par le réseau de relations qu'il produit. Les notions de "relations" et de "champ" ne permettent plus de parler de troisième secteur car elles relativisent les distinctions dichotomiques telles que formel/informel, public/privé ou *Gemeinschaft/Gesellschaft*. Dans un champ social concret, ces distinctions se confondent, se fluidifient. La société, comme réseau de relations, produit des co-relations entre ces distinctions, sans qu'aucune d'elles puisse être réduite à l'autre.

Mais, au-delà de ces possibilités que nous offre une analyse relationnelle pour surmonter les difficultés propres aux approches sectorielles, la décision d'utiliser les notions de relations et de champs permet d'envisager plusieurs types de relations entre, par exemple, le public et le privé. Alors que, selon la vision sectorielle, ce sont les secteurs - homogènes du point de vue du statut des organisations qui les composent - qui

définissent le terrain dans lequel les relations se réalisent et le type de relations qui sont possibles, l'idée de champ libère la relation du statut de l'acteur et l'insère dans une problématique particulière. Les relations qui s'établissent peuvent ainsi être analysées indépendamment du statut juridique de l'acteur. Cette approche, consistant à définir d'abord le champ pour ensuite réintroduire l'acteur se révèle particulièrement féconde pour l'analyse du système du bien-être. Elle permet en effet d'approfondir tous les types de relations existant entre les acteurs - quel que soit leur statut - et d'abandonner, de cette façon, une analyse des relations à partir d'un secteur pour adopter une perspective ouverte sur les relations existantes à l'intérieur d'un champ entre des acteurs provenant de différents "secteurs".

Un autre avantage découle de l'adoption d'une approche relationnelle. En mettant au centre de l'attention la relation, c'est n'est en effet plus uniquement le bien échangé entre acteurs - la solidarité par exemple - ou l'orientation de ces acteurs, mais aussi les effets de la relation elle-même qui peuvent être analysés, c'est-à-dire la contribution de la relation à la construction et souvent aussi à la stabilisation du champ (aussi faible soit-elle).

Cette pragmatique relationnelle a différentes conséquences sur nos décisions analytiques:

- les sujets n'existent plus comme des unités atomisées; à leur place il y a des "trames relationnelles" complexes (Donati 1991: 82) dans lesquelles les sujets se définissent à travers les relations existant entre eux;
- des caractéristiques typiques à chaque champ émergent des relations entre les sujets;
- la distinction entre micro- et macrosociologie est remplacée par une compréhension mesosociologique de la société - le niveau des relations, à la fois ouvertes et structurées, entre acteurs individuels ou collectifs.

Le modèle relationnel tel que nous l'envisageons n'entre pas dans l'acception fonctionnaliste luhmannienne mais part plutôt de l'observation de structuration et de déstructuration continue de la société. Les interactions entre acteurs produisent les structures qui en retour règlent les relations. C'est l'acteur qui reste le générateur et le moteur des relations. Il est doté:

- d'une histoire intervenant dans les relations (qui, sociologiquement, est seulement intéressante quand elle intervient) et individualisant les relations
- et d'un savoir fonctionnel dérivé de l'expérience de l'agir dans un système relationnel qui a pour conséquence l'intégration dans les calculs stratégiques des

acteurs de la régularité du fonctionnement systémique (voir par exemple Granovetter 1985 ou Crozier/Friedberg 1977: 196ss).

En ce qui concerne notre recherche dont le but est l'analyse du modèle suisse du bien-être, la décision pour une perspective relationnelle entraîne une vision sur la production de la solidarité qui n'est plus uniquement centrée sur le *welfare state* mais sur la *welfare society* (et les *welfare mix* spécifiques existants dans les champs analysés). Ce type d'approche a été postulée et justifiée récemment de deux manières comparables par, d'abord, Billis (1984; 1989) et Bauer (1990) (a) et par, ensuite, Evers (1990, 1990a, 1991) et Evers/Ostner/Wiesenthal (1989) (b).

a) Billis et Bauer proposent une analyse des organisations et des institutions intermédiante entre, d'un côté, les sphères fonctionnelles ou bureaucratiques (qui sont l'Etat/la politique et le marché/l'économie) et, de l'autre côté, la sphère informelle de la société (la société civile). Ces auteurs postulent l'existence de "ponts institutionnels" entre, d'une part, les sphères - ou "mondes" - bureaucratiques et, d'autre part, la sphère informelle (ou "monde informel"). Ces ponts constituent des centres de transformation des différentes logiques de penser et d'agir que l'on trouve dans le "monde personnel" et dans les "mondes bureaucratiques". En d'autres termes, ces centres de transformation jettent un pont dans "la disjonction entre monde vécu et système" (Habermas 1981a: 229ss) et deviennent des "agents intermédiaires dans les processus d'intégration de la société" (Streeck 1987: 4). Cette fonction d'intermédiation est, selon Billis et Bauer, nécessaire parce que les systèmes complexes et la société civile s'interpénètrent - ils dépendent l'un de l'autre - et ont pour cela besoin d'organisations ou d'institutions qui intermédiante et rendent compatibles les différents langages et logiques d'action. Cette idée peut être reprise, de manière plus générale, dans les mots de Habermas:

"Gleichzeitig bleibt die Lebenswelt das Subsystem, das den Bestand des Gesellschaftssystems im ganzen definiert. Daher bedürfen die systemischen Mechanismen einer Verankerung in der Lebenswelt - sie müssen institutionalisiert werden" (Habermas 1981a: 230).

Billis schématise son idée de différents mondes à l'aide d'une représentation de sphères s'influençant réciproquement et se recoupant. Aux intersections, il identifie des types d'organisations dans lesquelles les composantes des "mondes" bureaucratique ou personnel sont plus marquées (voir figure 3.1).

**Figure 3.1:** *les mondes bureaucratiques et personnel et leur intermédiation*  
(Billis 1989: 20)

Légende: GA = Government Orientated Associations  
PA = Profit Orientated Associations  
EA = Entrepreneurial Associations  
UG = Unorganised Groups  
BG = Business/Government Bureaucracies

Dans cette schématisation, les organisations ayant un rôle d'intermédiation (les "associations") se trouvant aux intersections des sphères bureaucratiques ("*Government Oriented Associations*", "*Entrepreneurial Associations*", "*Profit Oriented Associations*") et de la sphère informelle ("*Unorganised Groups*") sont plutôt stables. Par contre, les "Associations" mélangeant différents éléments de ces type sont instables et tendent à se rapprocher d'un des "mondes":

"Die Geschichte des intermediären Hilfe- und Dienstleistungssystems stellt keinen linear fortschreitenden Prozeß dar, sondern weist Höhen und Tiefen sowie Schwerpunktverlagerungen auf, die sich im Spektrum zwischen den formellen "bürokratischen Welten" (als Verstaatlichung, Kommunalisierung einerseits; Kommerzialisierung, Ökonomisierung andererseits) und der "personalen Welt" (Privatisierung im Sinn von Verbandlichung, Familiarisierung, Feminisierung etc.) bewegen" (Bauer 1990: 163).

Bien que Billis et Bauer ne se soient pas écartés du modèle sectoriel, leur approche nous semble intéressante car ils définissent les organisations à travers leurs relations avec les autres sphères sociales. Cette perspective relationnelle ouvre toute une série de possibilités de compréhension des organisations participant à la construction du bien-être social en dehors de l'Etat providence et de l'économie. La notion d'organisation intermédiaire permet d'identifier le rôle de ces organisations à partir de leur relation complexe et ambiguë avec les "mondes sociaux". L'ambiguïté de la relation dérivant de la présence de différentes logiques d'action au sein de ces organisations, devient ainsi un phénomène analysable.

Les contributions de Billis et Bauer, et c'est pourquoi nous les avons mises en évidence, nous montrent que le dynamisme présent dans un champ social auquel participent des agents intermédiaires différents entre eux peut être expliqué par les relations entre ces organisations et les "mondes bureaucratique et personnel". Par contre, ces auteurs ne nous donnent pas de réponse théorique utile à la compréhension de la stabilisation d'un agent intermédiaire ou permettant de comprendre les caractéristiques émergentes qui naissent lors de la constitution d'un champ social concret.

b) Evers (1990, 1990a, 1991) et Evers/Ostner/Wiesenthal (1989) utilisent une approche comparable à celle présentée à l'instant, avec en plus une conception du dynamisme dans le champ permettant de comprendre la stabilisation de certaines organisations. C'est avec la notion de "coopération conflictuelle" appartenant au

paradigme relationnel, qu'Evers (1990a: 202ss) cherche à expliquer l'existence d'agents intermédiaires stables.

Les réflexions d'Evers partent de l'opinion que les organisations intermédiant entre "Etat, marché et sphère informelle" se trouvent dans un "champ intermédiaire" situé entre des buts, des motivations et des formes de travail hétérogènes (Evers 1990a). Pour comprendre les problèmes d'intermédiation posés à ces agents, Evers (1990: 17ss) utilise le schéma du "triangle du bien-être" (*welfare triangle*), dans lequel il définit, de façon idéale-typique les buts, les caractéristiques et les logiques d'action des trois pôles de la société, à savoir l'Etat, le marché et les ménages. La figure 3.2 reprend le triangle du bien-être élaboré par Evers dans lequel on observe des zones qui sont plus proches des "sphères pures" de l'Etat, du marché ou des ménages/de l'informalité. Ainsi, les caractéristiques d'un agent intermédiaire changeront selon sa localisation dans ce triangle (comme le suggèrent d'ailleurs les types d'organisations présentés dans la figure).

**Figure 3.2:** le triangle du bien-être (Evers 1990a: 196)

La différence qui distingue cette proposition conceptuelle des approches du troisième secteur consiste dans le fait que le "triangle du bien-être" n'essaie pas de classer et de délimiter des secteurs, mais tente plutôt de souligner les situations de frontière, de passage et les zones de tension entre les "pôles" de l'Etat, du marché et de l'informalité. Une deuxième différence concerne les acteurs. Les agents intermédiaires sont définis dans leur manière de croiser et d'évaluer les différents principes d'organisation dominant les "pôles" de l'Etat, du marché ou de l'informalité. Une troisième différence réside dans le fait que le concept d'Evers permet de concevoir le champ intermédiaire et les organisations qui le composent de façon dynamique. Les agents dans ce champ ne sont pas considérés comme des organisations statiques et fixes mais comme des ensembles en évolution, instables et mobiles, pouvant osciller entre l'"assimilation", l'"exclusion" ou la "coopération":

- *l'assimilation* rend compte du déplacement d'une organisation vers un pôle bureaucratique caractérisé soit par une logique étatique, soit par une logique marchande.
- Evers appelle *exclusion* le processus inverse à celui de l'assimilation. Lorsque l'agent intermédiaire ne réussit pas à interagir avec l'Etat (ou à s'imposer sur le marché), il choisit la protestation ou des formes défensives d'auto-organisation.

Ce processus résulte, d'une certaine manière, sur l'abandon du but d'intermédiation et sur le développement d'une identité de subculture parmi les agents concernés.

- La *coopération* avec l'Etat, favorise quant à elle la stabilité, du moins à moyen terme, des agents intermédiaires (ou une participation partielle au marché).

Cette coopération a, selon Evers, (et on retrouve l'idée d'ambiguïté organisationnelle proposée par Billis) un aspect conflictuel. Si l'Etat accepte et juge la contribution d'un agent intermédiaire importante à la production du bien-être social, il voudra garantir cette contribution par le biais de *contrats* dans lesquels les droits et les devoirs de l'agent sont établis en échange, par exemple, d'une subvention. Cette coopération a un caractère conflictuel parce que les agents intermédiaires impliqués dans ces contrats n'adaptent pas leur logique d'action à celle de l'Etat et maintiennent une attitude complémentaire qui contient, de manière latente, un conflit. La diversité des organisations intermédiaires est le reflet du pluralisme des orientations culturelles et des intérêts sociaux présents dans la société, ainsi que de la dynamique qui en découle. De ce fait, ces organisations ne peuvent pas être normalisées par des pratiques contractuelles. Dès le moment où un agent intermédiaire perd son originalité, il perd aussi sa légitimité et s'assimile à une logique de fonctionnement étatique. Ce refus d'assimilation des agents intermédiaires débouche ainsi sur des conflits latents avec l'Etat ou le marché, allant au-delà des contrats de coopération établis.

Plusieurs critiques peuvent néanmoins être adressées à Evers. Premièrement nous pouvons formuler la même critique développée à l'égard de Billis et Bauer: malgré la construction relationnelle du concept, ces propositions analytiques font défaut pour la compréhension des caractéristiques émergentes des réseaux. Les deux démarches présentées quittent effectivement le modèle statique propre aux approches sectorielles sans par autant trouver un équivalent ou une alternative à la compréhension de l'ensemble des agents qui participent à la construction du bien-être social dans un champ concret. Parler de triangle du bien-être, comme le propose Evers, est certes utile pour décrire une constellation d'acteurs dans un champ, mais est trop faible pour l'analyse de l'intégration verticale et horizontale existant entre les différents acteurs.

Deuxièmement, l'idée de coopération conflictuelle souligne seulement un aspect de la relation entre les acteurs publics et privés, à savoir le point de vue de l'agent intermédiaire qui interprète la coopération avec l'Etat soit comme une aide à la production de biens plus individualisés, soit comme une intervention "colonisatrice" créant une dépendance financière et des possibilités, pour l'Etat, d'influencer la production de ces biens.

Toutefois, cette ambiguïté de la coopération existe aussi pour l'acteur public qui peut interpréter le travail d'un agent intermédiaire comme moyen de décharger les services publics et de compléter la production du bien-être social grâce à des services soucieux des intérêts des citoyens, mais aussi comme une source de services alternatifs ou complémentaires témoignant des limites de l'Etat providence et, de ce fait, délégitimant l'action étatique. Cette double interprétation de la relation que chacun des acteurs peut avoir - la perspective antagoniste et celle de support - est, selon nous, toujours présente lorsque deux systèmes organisationnels différents interagissent.

Enfin, l'idée de la stabilisation des organisations grâce à des contrats reste peu explorée par Evers. On pourrait, en effet, interpréter le contrat, la négociation ou, en d'autres termes, l'échange social ou politique - en reprenant l'idée de "*relational contracting*" de Williamson (1986) - comme un moyen généralisé de stabilisation des antagonismes au sein d'une population d'organisation. Plus exactement, plutôt que de limiter l'analyse de la coopération conflictuelle aux contrats établis entre des acteurs uniques, l'analyse gagnerait en force à considérer le contrat généralisé régissant les règles de coopération entre tous les acteurs. De cette manière, nous pourrions appréhender le triangle du bien-être comme un réseau régi par des règles contenues dans un contrat généralisé hypothétique qui soit accepté, dans son contenu, par tous les acteurs.

#### **4. L'analyse du réseau**

Nous pensons que l'idée de réseau peut nous aider à surmonter les lacunes des modèles présentés plus haut et à perfectionner notre démarche. Une compréhension satisfaisante des réseaux qui se forment autour d'un problème fait défaut aux théories existantes. Celles-ci s'intéressent particulièrement au rôle de l'Etat ou du gouvernement et n'intègrent pas les phénomènes préoccupant de plus en plus la recherche politologique, à savoir l'augmentation des centres décisionnels et la décentralisation des processus politiques et sociaux décrit par des auteurs tels que Willke (1983; 1984) comme "*centerless of polycentred society*" ou Birnbaum (1985) comme "*dédifférenciation de l'Etat*". Les termes "troisième secteur" - ou même "troisième dimension" - mystifient plus qu'ils ne clarifient. L'idée de réseau, par contre, permet en premier lieu de saisir un champ social concret à travers les acteurs qui le composent ("les populations d'organisations", comme le dit Stinchcombe 1965) et les relations qui se développent entre ces acteurs. En deuxième lieu, cette idée offre la possibilité de parler des caractéristiques d'un réseau, ou, en d'autres termes, des éléments particuliers émergeant de la relation entre les acteurs.

Hanf et Scharpf (1977) donnent une première définition du réseau qui nous paraît pertinente pour illustrer notre idée:

"In its most basic sense, the term "network" merely denotes, in a suggestive manner, the fact that policy making involves a large number and wide variety of public and private actors from the different levels and functional areas of government and society. By stressing the "interrelations" and "interdependence" of these individual actors, the term also draws attention to the patterns of linkages and interactions among these elements and the way in which these structure the behavior of the individual organizations. As far as the individual organizations are concerned, they are embedded in a particular set of relationships, the structure of which constrains the action options open to them and the kinds of behavior they can engage in as they go about their particular business" (Hanf/Scharpf 1977: 12).

Pour reprendre les éléments présentés dans notre reconstruction des concepts et des théories développés autour du thème de la contribution de la société civile au bien-être, les termes de "champ", d'"acteur", de "relation" et de "réseau" constituent les dimensions principales formant notre schéma analytique. Le lien entre ces dimensions prend la forme suivante: un champ social concret, lorsqu'il s'objective, mobilise des acteurs qui ont en commun le champ dans lequel ils évoluent. Ces acteurs, en établissant des relations entre eux, forment un réseau.

Ce premier pas pour définir notre concept analytique a besoin d'être complété par au moins deux définitions spécifiant le terme *d'acteur* et le celui de *relation*. Empiriquement, nous pouvons spécifier ces deux termes de la façon suivante: le terme *acteur* désigne toute forme organisationnelle dotée dans son agir d'une continuité minimale (uniquement garantie par une structure organisationnelle). Nous excluons de cette manière les acteurs qui interviennent par hasard et sporadiquement dans un champ concret ainsi que tous les acteurs qui ne peuvent pas, à cause d'une manque de structuration, garantir leur activité dans le temps (comme des personnages non organisés ou des groupes d'entraide s'étant formés de manière ad hoc). Par *relation*, nous entendons simplement un contact perpétuel entre deux acteurs. Ce contact peut aussi bien être formel qu'informel, physique que virtuel, vertical qu'horizontal. De même, il nous est indifférent qu'une relation aboutisse à une volonté commune d'agir ou à une simple diffusion d'informations.

Cette base analytique entraîne un certain nombre de problèmes que nous devons traiter (et chercher à résoudre) explicitement. Le concept analytique de réseau estompe en effet des différenciations qui sont importantes pour la compréhension du système du bien-être tel que la distinction entre Etat et société civile ou entre types d'acteurs (étatiques, privés, intermédiaires), ce qui implique deux difficultés: d'une part la réintroduction de la distinction entre Etat et société civile (a) et, d'autre part, l'analyse des relations entre acteurs de différents statuts (b).

a) La distinction entre Etat et société est centrale pour notre analyse. Comment pourrait-on, sans cette distinction, reconstruire le rôle changeant de l'Etat et de la société civile dans la production du bien-être (ou les changements dans le welfare mix)? Or, cette distinction ne peut pas être introduite dans le concept de réseau dont le statut analytique est de décrire des constellations d'acteurs. Elle doit être réintroduite *a posteriori* et être considérée comme une spécification empirique d'un certain type de relations et d'acteurs peuplant le réseau. La distinction entre Etat et société est en effet propre à une phase historique et se base sur l'idée moderne d'une société civile autonome - c'est-à-dire qui possède des possibilités de s'associer et qui dispose d'une culture politique. De ce fait, il est nécessaire d'interpréter cette distinction dans le concept de réseau comme une *spécification de certaines relations entre certains acteurs*. Nous chercherons en effet, dans la reconstruction historique et dans l'analyse de nos deux cas, d'identifier d'abord les réseaux d'acteurs qui se sont instaurés autour d'un champ social concret pour ensuite analyser les relations entre les acteurs de différents statuts juridiques. C'est, en d'autres termes, une propriété combinant le statut d'un acteur et la relation qu'il entretient avec des acteurs de même statut mais surtout de différents statuts qui servira à spécifier la distinction entre Etat et société. Pour définir des acteurs de différents statuts, nous considérerons, de manière générale, la différence entre étatique et non-étatique. Nous ne nous limiterons cependant pas à cette différence et tenterons d'augmenter l'exactitude de ces deux types de statut en employant des termes qui ne soient pas uniquement analytiques mais aussi empiriques - comme par exemple la spécification "hôpital privé subventionné à cent pour cent" pour indiquer l'aspect étatique ou "organisations intermédiaire" pour indiquer le statut de charnière entre, d'une part, la politique et les citoyens et entre, d'autre part, l'économie et les consommateurs.

b) Nous avons défini la relation comme toute forme de contacts entre acteurs. Cette définition est utile pour identifier, d'une façon formelle, le réseau des acteurs. Mais pour notre recherche, il est aussi important de spécifier la forme "relation" par son *contenu* et par les *règles* qui la dirige. Ainsi, nous pouvons déterminer, d'une façon qualitative, les changements qui interviennent dans un réseau. Autrement dit, les propriétés "relation-contenu" et "relation-règle" s'ajoutent à la propriété spécifiant le réseau en termes de "statut-relation". Pour la propriété "statut-relation", on analysera si le réseau autour d'un champ concret a une structuration interne déterminée par le statut (des sous-réseaux composés d'acteurs de statut similaire par exemple); pour la propriété "relation-contenu", il sera important de déterminer s'il y a, dans un réseau, des sous-réseaux qui se distinguent

du point de vue de la problématique qu'il traitent ou des services qu'ils produisent; pour la propriété "relation-règle", enfin, nous focaliserons notre attention sur les règles qui dominent l'organisation du réseau (si, par exemple, l'organisation autour d'un champ concret est déterminée par la négociation entre les acteurs du réseau ou par l'octroi étatique). Toutes ces propriétés, en considérant leur évolution dans le temps, nous permettront d'analyser les changements du réseau.

Ces propriétés que nous avons mises en évidence nous seront principalement utiles pour décrire systématiquement les réalités - cantonales et nationales - reconstruites. Seule cette systématique - qui reste relativement souple - nous permettra, dans les moments de synthèse ou de comparaison, de généraliser nos résultats. Pour cette généralisation, nous dépasserons la stricte reconstruction empirique des cas pour y intégrer les réflexions existantes dans les champs analysés (comme nous l'avons indiqué dans le chapitre méthodologique) et les réflexions issues des théories sur le système du bien-être en général - que nous avons présentées dans les chapitres précédents - ainsi que les résultats de différentes recherches effectuées jusqu'ici portant sur la modèle suisse du bien-être - que nous présentons dans les pages suivantes.

## **5. Le modèle suisse du bien-être: esquisse de l'évolution historique et questions de recherche**

L'évolution du système suisse du bien-être est avant tout marquée par le principe de subsidiarité et ses développements. Ce principe, caractéristique du système politique suisse, introduit une division des tâches entre différentes institutions et différents acteurs, à la fois à l'intérieur de l'organisation étatique et entre l'Etat et la société civile. A l'intérieur de l'Etat, ce principe apparaît dans la structure fédérale. Tout ce qui ne relève pas de la compétence de la Confédération est du ressort des niveaux inférieurs, c'est-à-dire des cantons et des communes. A côté de cette segmentation verticale, la subsidiarité provoque aussi des effets de segmentation horizontale en attribuant une large autonomie aux cantons. Ceux-ci peuvent en effet gouverner indépendamment les uns des autres dans de nombreux domaines politiques - notamment en matière de santé, d'éducation et de politique sociale (voir Fagagnini 1991; Nüssli 1985). En ce qui concerne la division des tâches entre *Etat et société civile*, le principe de subsidiarité favorise l'initiative privée au détriment de l'action étatique. L'Etat prend un rôle subsidiaire par rapport aux activités privées (qu'elles soient lucratives ou non lucratives) et lorsqu'un problème apparaît, il est d'abord pris en charge par la société civile, que ce soit par les individus ou par ses expressions organisationnelles. C'est seulement lorsque l'initiative privée ne peut plus

résoudre le problème que l'intervention étatique est demandée par des groupes politiques ou sociaux. Dans ce cas, les institutions étatiques interviennent soit en participant aux structures préexistantes, soit en les complétant. Ce processus a pour conséquence une cohabitation entre structures publiques et privées dans la production du bien-être en Suisse et un welfare mix entre Etat, économie et société civile particulièrement complexe. Hotz (1979: 36-42), en décrivant ce processus, parle d'un "modèle libéral de transfert des fonctions" (*liberales Verlaufsmuster*).

Ce principe de subsidiarité, brièvement décrit ici, est considéré par certains auteurs tels que de Laubier (1985:124) comme le meilleur moyen pour résoudre les problèmes de la société: "[...] plutôt que de s'efforcer d'imposer des solutions trop uniformes qui suscitent les passions et ruinent les fragiles consensus", c'est à ceux directement concernés de prendre en charge les problèmes. Pour d'autres auteurs, la subsidiarité est le signe d'un Etat faible (Schmidt 1985: 123ss). Pour notre part, nous adoptons une position intermédiaire et pensons que la subsidiarité trouve ses fondements dans la tradition libérale du dix-neuvième siècle ainsi que dans la pensée catholique. Plus exactement, elle est basée sur un Etat faible qui a besoin des ressources autonomes de la société pour agir. La subsidiarité est ensuite devenue un principe largement accepté qui a permis de légitimer la tradition du "laissez faire" et, plus récemment, la stratégie de déréglementation néoconservatrice en donnant un rôle crucial aux agents intermédiaires impliqués dans la production du bien-être.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de présenter une esquisse de l'évolution du système du bien-être suisse - principalement marqué par ce principe de subsidiarité - à travers une analyse de la littérature existante. D'abord, nous nous livrerons à un bref aperçu historique du développement de l'organisation du bien-être social jusqu'à la fin des années soixante. Ensuite, nous analyserons les effets de la récession économique des années soixante-dix sur le welfare mix suisse. Finalement, à la lumière des développements mis à jour, nous tenterons de dégager des pistes de recherche pour l'analyse empirique.

### **La création d'un mythe: le principe de subsidiarité**

La période de *l'industrialisation* peut être considérée comme le point de départ pour le système du bien-être suisse. Elle est en effet accompagnée de l'émergence de la question sociale et de l'échec de l'aide traditionnelle aux pauvres essentiellement apportée par l'Eglise et les familles. Conformément au principe de subsidiarité, ces nouveaux

développements forcent la société civile à chercher de nouvelles solutions permettant de remédier aux problèmes sociaux. Cette tâche d'innovation est principalement prise en main par des organisations non lucratives qui se développent à cette époque (voir Sommer 1978: 45ss, Hauser/Gaillard/Renggli 1989).

Ainsi, *au dix-neuvième siècle*, avant que l'Etat n'entreprenne quoi que ce soit dans le domaine de la politique sociale, deux mouvements dont le but est de réduire et d'éliminer les disparités sociales se créent (Häfeli 1989: 52). D'une part, le *mouvement ouvrier*, parallèlement à ses pressions politiques en faveur des ouvriers, organise progressivement des associations d'entraide dans les domaines de la consommation, de la production, du logement et de la sécurité sociale. Par exemple, dans le cadre de la sécurité sociale, des caisses de secours mutuels se forment pour distribuer des prestations en cas de maladie, d'invalidité, de chômage et de vieillesse (Fragnière/Christen 1988: 36). En 1865, on compte ainsi 623 fonds mutuels avec 97'745 membres. En 1880, le nombre de ces fonds s'élève déjà à 1085 et le nombre de membres est presque double. En 1903, 2006 fonds sont recensés avec 505'947 membres, ce qui correspond à peu près à un sixième de la population (voir Möckli 1988: 18). A côté du mouvement ouvrier, les "*réformistes sociaux*", principalement composés d'intellectuels et de philanthropes d'origine bourgeoise, se regroupent au sein d'organisations d'utilité publique afin d'aider les personnes socialement défavorisées. Si ces personnages sont motivés par le besoin d'apaiser leur conscience, ils le sont aussi par une volonté de stabiliser l'ordre existant (Möckli 1988: 19).

Mais affirmer que le système suisse du bien-être trouve ses origines dans les pressions ouvrières et celles des réformistes sociaux reviendrait à minimiser le rôle de la *bourgeoisie* organisée politiquement. Celle-ci, alors au pouvoir, est en effet consciente du fait que les conséquences négatives de l'industrialisation représentent une menace pour le système en place. Premièrement, de larges parties de la population risquent de tomber dans la pauvreté, ce qui peut nuire à la sécurité et à l'ordre interne. Deuxièmement, l'industrie a besoin de main d'oeuvre qualifiée, en bonne santé et jouissant de mesures minimales de sécurité. Enfin, les demandes des organisations ouvrières se font plus pressantes et nécessitent des mesures de conciliation (Knüsel/Zurita 1980: 120ss). Ainsi, à la fin du siècle passé, les membres de l'aile progressiste du parti radical - les *radicaux éclairés* - estiment que, à l'instar de la politique prônée par Bismarck, l'Etat a la tâche de fournir à chacun les conditions nécessaires à une vie décente. De plus, ils espèrent que l'intervention étatique puisse redonner confiance dans le système politique et économique,

suite à la dépression des années 1870-1880 (voir Siegenthaler 1983; Sommer 1978: 117).

Ces différentes réactions apparaissent à un moment où le gouvernement fédéral n'a aucune compétence pour légiférer dans les affaires de politique sociale. Néanmoins, l'existence de tels courants de pensée influence le processus d'intégration de problématiques sociales dans la législation fédérale. En 1874, avec l'introduction de l'article 34 de la Constitution fédérale, la Confédération obtient pour la première fois la compétence pour légiférer sur le travail des enfants dans les fabriques, sur la durée du travail et sur la protection des travailleurs dans les industries insalubres et dangereuses. Le premier article concernant la sécurité sociale (article 34bis) est, quant à lui, introduit en 1890, et donne mandat à la Confédération de mettre sur pied une loi instituant une caisse maladie et accidents. Mais ici encore, la subsidiarité joue un rôle important puisque l'article précise que l'assurance maladie et accidents doit tenir compte des caisses de secours mutuels existantes. Par ailleurs, le projet de loi formulé par le Conseiller national Ludwig Forrer prévoyant une assurance maladie et accidents obligatoire et centralisée soulève une large opposition allant au-delà des clivages gauche-droite. Les employeurs et leurs associations considèrent leur contribution exagérément élevée et voient dans la loi un premier pas vers le socialisme d'Etat. Quant aux milieux mutualistes, ils estiment que la loi signifie la fin des caisses de solidarité. Enfin, les organisations ouvrières craignent l'ingérence des employeurs du fait de leur participation au financement de l'assurance, ainsi que la perte du soutien de leur base, principalement recrutée par le biais des caisses mutuelles (Gilliand 1988: 37). Ces diverses oppositions montrent à quel point, au tournant du dix-neuvième siècle, le principe de subsidiarité est accepté parmi les forces politiques et combien celles-ci privilégient l'initiative privée, au détriment de l'intervention publique. Afin de satisfaire tous les acteurs, l'Assemblée Fédérale tente de créer un consensus en élaborant une version édulcorée des propositions formulées par Forrer. Ces efforts se révèlent néanmoins vains puisque le projet est refusé par le peuple en référendum en 1900 (voir Sommer 1978: 117ss; Knüsel 1986: 256ss). En 1912, après plusieurs années d'indécision, l'Assemblée Fédérale accepte un compromis qui traite les risques de maladie et d'accidents séparément. L'assurance accident devient obligatoire pour tous les travailleurs alors que l'assurance maladie reste une assurance facultative (Gilliand 1988: 47). Le principe de subsidiarité est, quant à lui, respecté puisque les deux assurances doivent être administrées par les caisses de secours mutuels existantes, largement subventionnées par la Confédération.

Ces premiers développements de la sécurité sociale illustrent l'importance des agents

intermédiaires dans la production et l'allocation du bien-être en Suisse. Les autorités fédérales n'osent pas introduire une assurance accident et maladie avant que l'idée ne soit mise en avant par les associations d'entraide mutuelle. Mais, une fois que l'idée d'une assurance réglée au niveau fédéral est acceptée, les caisses mutuelles privées se sont développées à un tel point qu'il n'est plus possible de les remplacer par une assurance obligatoire fédérale (Kriesi 1991: 7).

Pendant la période allant du *début de la première guerre mondiale jusqu'à la fin de la seconde guerre*, le développement de l'Etat social continue, bien qu'aucune expansion spectaculaire n'intervienne. L'innovation la plus importante concerne l'assurance vieillesse et survivants (AVS), suite à l'acceptation d'un article constitutionnel en 1925 en réaction aux pressions des travailleurs. Mais là encore, il est difficile de mettre d'accord les différents acteurs politiques sur une loi d'application et il faut attendre 1946 pour qu'une législation réglant l'AVS soit adoptée.

Parallèlement au développement de l'Etat social, le welfare mix suisse change de visage pendant cette période. Non seulement de nombreuses organisations de solidarité apparaissent telles que Pro Senectute (1917), Pro Infirmis (1920) et Pro Familia (1942), mais les acteurs intermédiaires existants dans le système politique abandonnent leur stratégie conflictuelle au profit d'une collaboration avec l'Etat. La grève générale de 1918, point culminant de la protestation ouvrière, marque le passage à l'intégration des mouvements ouvriers suite à l'échec de leurs propositions visant à introduire des changements institutionnels fondamentaux. Plus tard, après la crise de 1929, la gauche sociale démocrate modère quelque peu ses positions - en acceptant notamment les institutions de l'Etat - et se sépare des communistes qui deviennent alors une force politique mineure (Bohn 1986). Quant aux syndicats, ils privilégient la négociation à la grève et favorisent ainsi des revendications sur les droits et les conditions de vie des ouvriers au détriment de la lutte des classes. Ce changement de stratégie des syndicats introduit un nouveau mode de régulation sociale basé sur des mécanismes de négociation qui, face à une crise économique profonde et aux menaces de guerre, se concrétise en 1937 par la paix du travail. Ce "traité de paix" a profondément marqué la formation du welfare mix suisse en rendant ses différents éléments interdépendants et intégrés et en introduisant un modèle de régulation consensuelle, basé sur la coopération entre les différents acteurs (Kriesi 1991).

### **Croissance économique et rôle mineur de la subsidiarité**

*Dans les années cinquante*, le développement de la politique sociale - notamment en matière d'assurances sociales - suit le développement économique (à cette époque, le produit national brut suisse augmente selon une moyenne de 4.6% par an, voir Tschopp 1983: 419ss) sans que rien ne soit entrepris pour clarifier les besoins (Sommer/Höpflinger 1989: 78). Le fond de compensation pour l'assurance vieillesse est alimenté au delà des prévisions, l'assurance maladie reçoit de plus en plus de subventions fédérales, et les cantons et les communes augmentent leur participation systématique aux coûts des hôpitaux. La politique sociale ne provoque alors aucun débat et son contrôle ne dépasse pas les aspects comptables et juridiques. Pendant cette période, les efforts de l'Etat providence pour améliorer le système du bien-être se limitent à des mesures prises par étapes successives, dans le cadre d'un débat ponctuel, et débouchent sur une structure incohérente du système du bien-être. Ce pragmatisme est une constante de la politique suisse. Les problèmes sont traités ponctuellement tels qu'ils émergent, sans vision générale (Deiss 1979: 251). Cette difficulté à établir des projets globaux est inhérente au système politique suisse. Les projets globaux peuvent en effet facilement être attaqués par le biais du référendum (Immergut 1992: 129ss). Par ailleurs, la complexité d'un projet augmente les possibilités pour les opposants de l'attaquer. Enfin, le droit constitutionnel permettant aux principaux groupes d'intérêts de participer aux procédures de consultation constitue un autre facteur empêchant l'élaboration de projets globaux. En fait, ce qui peut apparaître comme un projet global est souvent un compromis résultant de la *politique de concordance* (voir Cattacin/Kühne/Rüegg 1991).

*Pendant les années soixante*, les premiers effets négatifs de la croissance économique continue se font sentir. Cependant, l'Etat providence n'introduit aucune innovation mais se limite à intervenir sectoriellement par une extension quantitative de ce qui existe déjà. Par exemple, en matière d'éducation, le financement des universités est élargi; une septième révision de l'assurance vieillesse en 1968 aboutit à une augmentation substantielle des rentes (Steiner 1986: 14); la santé publique connaît aussi un accroissement des subventions (voir Eidgenössische Finanzverwaltung 1988: 4ss; Linder 1983: 290-7). Ces extensions sont principalement dues aux pressions exercées par différentes initiatives - généralement lancées par la gauche - telles que l'initiative de 1962 visant à accroître les rentes. Le *principe de concordance* (datant de l'entrée des socialistes au gouvernement en 1943) agit aussi sur ces extensions sectorielles. En effet, le compromis entre la gauche et la droite, assez faible à ses débuts, est renforcé pendant les années soixante à tous les niveaux du système politique suisse suite à l'instauration de la formule magique en 1959 -

qui est la représentation informelle du principe de concordance au niveau fédéral et qui a permis à la gauche de donner du poids à ses revendications (Werder 1979: 37ss).

L'application du principe de subsidiarité joue, pendant cette période de croissance, un rôle mineur et perd de sa valeur pratique devant l'importance prise par l'Etat providence. La faible franchise que les patients doivent payer pour les soins médicaux témoigne de cet affaiblissement du principe de subsidiarité. L'idée que la politique sociale n'est pas un phénomène transitoire disparaissant lorsqu'un certain niveau de vie est atteint mais qu'au contraire, les besoins de sécurité augmentent dans la société moderne s'est imposée. Dans ce contexte de remise en cause des principes libéraux, on trouve dans l'arène politique différentes significations de la subsidiarité confinant le débat dans une sphère symbolique (voir Sommer 1978: 683ss). La discussion concernant l'introduction d'une assurance maladie obligatoire illustre ce point: bien que seize cantons aient déjà une assurance maladie obligatoire et que presque 100% de la population soit affiliée à une telle assurance, les partis bourgeois refusent, au nom de la subsidiarité, de rendre obligatoire l'affiliation à une caisse maladie.

De manière générale, les années soixante sont caractérisées par un manque de volonté de chercher de nouveaux instruments applicables au système du bien-être. Ce qui existe est considéré comme suffisant et l'Etat se contente d'injecter un flot croissant d'argent dans le système du bien-être alors que le système social, dans son ensemble, reste encore peu développé et doit faire face à de nombreux vides (il n'y a pas d'assurance chômage pour tous ou d'assurance maternité obligatoire). Ces lacunes sont essentiellement dues aux forces bourgeoises qui refusent toute affiliation obligatoire à des organisations centralisées (voir Greber 1990: 20; Fragnière 1985: 13).

Cependant, bien que comportant de nombreuses lacunes, le système du bien-être suisse ne cesse de croître sectoriellement, et ceci dans la tradition libérale dominante. On peut ainsi dire que le libéralisme prend en Suisse, à la fin des années soixante, une version sociale démocrate en devenant un compromis entre libéralisme et socialisme, entre conservatisme et réformisme (Esping-Anderson 1990: 74; Möckli 1988: 27). En effet, si jusqu'aux années cinquante le système du bien-être a évolué suite aux concessions consenties par les libéraux pour apaiser des situations de pauvreté - et, de cette manière, la force de la classe ouvrière -, la situation change à partir des années cinquante, et ceci jusqu'au années soixante-dix: ce sont les revendications sociales démocrates qui poussent à l'amélioration des prestations sociales.

## **Le welfare mix dans les années de transition**

Le principe de concordance et sa version économique (la paix du travail), la croissance économique sont les caractéristiques politiques et économiques centrales qui permettent la poursuite de l'accroissement du système du bien-être suisse *jusque dans le milieu des années soixante-dix*.

A cette époque, l'élément institutionnel de la démocratie directe joue un rôle crucial pour la croissance de l'Etat social. Si le référendum agit principalement comme un frein sur le développement de la politique sociale (voir Neidhart 1970), l'initiative peut, quant à elle, être considérée comme un instrument dynamique. Les nombreuses initiatives concernant les assurances sociales ou la législation sociale lancées au niveau fédéral - principalement par la gauche - ont sans conteste favorisé une mise à jour et un développement de la politique sociale. Parmi ces initiatives, on trouve celle lancée par le parti communiste en 1969 "pour une véritable retraite populaire" (rejetées en 1972), l'initiative socialiste "pour la création de pensions populaires" ainsi que celle lancée par un comité bourgeois ("initiative pour un régime moderne de prévoyance vieillesse, survivants et invalides"), toutes deux retirées en 1974 après que le gouvernement et le parlement aient accepté d'entrer en matière sur le problème de l'assurance vieillesse. Le rôle d'autres initiatives doit aussi être souligné: celle proposée par les syndicats pour une semaine de quarante heures (rejetée en 1976), l'initiative pour la réduction de l'âge de la retraite (rejetée en 1978), pour une protection de la maternité (rejetée en 1984) ou pour plus de vacances (rejetée en 1985). Ainsi, la politique sociale suisse a, pour ainsi dire, progressé de défaite en défaite (Schweingruber 1977: 116ss; voir aussi Maurer 1982: 592ss).

Cette progression de l'Etat providence suisse - principalement au travers de la huitième révision de l'assurance vieillesse - peut être comprise par le besoin, à cette époque, d'améliorer le système du bien-être (voir Schmidt 1985; Steiner 1986: 14). Quant aux organisations non lucratives présentes dans le welfare mix, elles perdent de leur importance face à la croissance de l'Etat providence, même si leur nombre reste stable. Une estimation de leur nombre à cette époque est difficile étant donné le manque de recherches empiriques. Pendant les années soixante-dix, ces organisations non lucratives passent d'une fonction substitutive, qu'elles avaient acquise au début de la construction du système du bien-être, à une *fonction complémentaire*. Les organisations de solidarité les plus importantes telles que Pro Infirmis, Pro Juventute, Pro Senectute, Caritas, l'Entraide protestante suisse (EPER/HEKS), la Croix-Rouge et certaines associations féminines

gardent néanmoins une position centrale dans le système du bien-être bien qu'elles aient perdu leur rôle pionnier et leur dynamisme. Elles se stabilisent en de grandes organisations traditionnelles et polyvalentes qui, en cette période d'euphorie économique, ne sont confrontées à aucun problème financier.

Suite à la *crise économiques des années 1974/75*, l'Etat providence suisse ralentit son développement. La récession provoque un changement de tendance voyant la croissance économique remplacée par la stagnation et aboutissant, dans certains domaines, à des coupes des prestations de l'Etat social. Le système économique réagit d'ailleurs de manière relativement rigide face à cette crise et ce n'est qu'avec retard qu'il initiera un processus de changement structurel radical qui ne lui permettra néanmoins pas de compenser la croissance des coûts sociaux avec une augmentation proportionnée des salaires. La stagnation ne signifie cependant pas un arrêt total dans l'évolution de la politique sociale. Les décisions antérieures à la crise, bien qu'adoucies et édulcorées, sont exécutées, notamment dans le champ des assurances sociales. De plus, après les années de forte crise économique, une assurance chômage obligatoire est finalement introduite en 1976 (Gilliand 1988: 53; Greber 1986: 14).

Les raisons données à ce changement de tendance par les partis politiques dominants touchent aux limites de l'Etat providence: celui-ci a atteint ses limites et une *consolidation* des acquis est nécessaire, de même qu'une *coordination* au sein du système existant (voir Charles 1984: 5). Mais ces deux intentions échouent à cause de blocages institutionnels présents au sein de l'Etat providence. De tels blocages apparaissent de manière exemplaire dans la politique de santé. Ce domaine est caractérisé par la présence de nombreux intérêts hétérogènes qui, jusqu'à la détérioration du cadre économique, formaient des *coalitions distributives*. Pendant la période de croissance, les conflits étaient résolus en augmentant le volume des ressources à distribuer entre les membres de la coalition (voir Kocher/Rentchnik 1980). La crise économique marque la fin de cette logique en la remplaçant par des conflits à somme nulle. Il n'y a plus de ressources supplémentaires à partager, mais plutôt des coupes dans les montants à distribuer (voir Linder 1983a, Thurow 1980). Ainsi, les intérêts les plus forts qui, à cette époque, détiennent pratiquement un pouvoir de veto s'organisent dans des coalitions continuellement changeantes et se bloquant mutuellement. Ce qui peut alors apparaître comme une consolidation est en fait un statu quo résultant de la constellation d'intérêts (voir Immergut 1992: 177ss; Nüssli 1988; Cattacin/Kühne/Rüegg 1991).

Les efforts pour améliorer la *coordination* entre les différents niveaux de l'Etat

providence ainsi qu'entre les institutions publiques et privées qui ont été consentis pendant cette période de crise échouent aussi. La construction incohérente et instable de l'Etat providence suisse et l'autonomie des systèmes de bien-être cantonaux ont pour conséquence un enchevêtrement d'autorités d'une telle complexité que tout effort de coordination est vain (voir Wagner 1985: 230; Bandi 1982: 307). En effet, toute la construction de l'Etat social suisse est le résultat d'améliorations des structures existantes plutôt que d'efforts de restructuration. A titre d'exemple, la tentative de rationaliser le système fédéral par le biais d'une unification législative et d'une nouvelle distribution des tâches est un échec. Les propositions émises par une commission fédérale pour une redistribution des tâches et une plus grande centralisation sont écartées en 1975 suite aux critiques émises par les cantons durant la procédure de consultation (Klöti/Nüssli 1984).

Cette crise de l'Etat providence influence profondément le welfare mix suisse de cette époque. Au niveau politique, la *logique de contrainte* résultant de la crise financière a en effet deux conséquences principales se répercutant sur le welfare mix. Premièrement, la Confédération bloque toute création de nouveaux postes (politique du *Personalstopp*) - ce qui est ensuite poursuivi par beaucoup de cantons et de communes - limitant ainsi la prise en charge des problèmes sociaux croissants. Deuxièmement, l'Etat providence se désengage financièrement de la question sociale, alors que de nouveaux problèmes émergent. Ces deux éléments, accompagnés par l'amplification des problèmes sociaux, ont pour conséquence de voir la demande de prestations sociales augmenter.

Ainsi, de plus en plus d'organisations non lucratives se forment pendant *la seconde moitié des années soixante-dix*. Ces nouvelles organisations prennent souvent une *fonction de critique* à l'égard de l'Etat providence, embourbé dans les différents intérêts en jeu, et présentent des alternatives à son fonctionnement. De plus, la "politique réactive" menée au niveau fédéral leur donne des raisons supplémentaires pour critiquer l'Etat providence (Kriesi 1986: 340ss; Linder 1983: 347). Ces nouvelles organisations se distinguent des organisations traditionnelles par l'importance de leur base et la domination des membres sur le fonctionnement interne, par leur aspect d'entraide, ainsi que par leur caractère de mouvement (voir Kriesi 1987; Mäder 1987). De telles organisations existent par exemple dans les domaines de la prévention et du traitement de la drogue et dans celui de l'immigration.

### **Le welfare mix face à la stratégie de l'Etat minimal**

*A la fin des années soixante-dix*, experts et personnalités politiques réalisent que des

solutions doivent être trouvées à la détérioration de la situation sociale ainsi qu'aux blocages dans lesquels se trouvent les institutions. Les partis politiques dominants se montrent fascinés par les programmes néoconservateurs, poussés par la droite conservatrice et modernisatrice d'Europe et des Etats-Unis. Dans le sillage de ces idéologies, les partis bourgeois réactualisent le principe de subsidiarité pour justifier les *politiques de déréglementation* de l'Etat. Ces politiques, qui trouvent leur expression dans les slogan libéral "plus de marché, moins d'Etat" et qui ont conduit à la politisation du débat concernant l'Etat providence, considèrent les coupures dans les dépenses sociales comme la meilleure solution pour revitaliser la société civile (voir Ebner 1985). Cette politique est en fait surtout utilisée dans le domaine de l'assurance maladie dont les subventions fédérales ont diminué de près de deux milliards de francs entre 1975 et 1982. Un autre exemple concerne l'assurance vieillesse qui, à cette époque, est soumise à une réduction temporaire des contributions fédérales. Rey (1983: 192) estime les coupures totales dans les subventions allouées par la Confédération à environ cinq milliards de francs. Face à ces stratégies de déréglementation s'inscrivant dans un projet d'Etat minimal, les organisations intermédiaires cherchent à combler toute une série de lacunes présentes dans le système social suisse (voir Cotti 1989; Wagner 1983: 88-92; Schwegler 1990). Cependant, l'ampleur des nouvelles tâches qu'elles ont à accomplir dépassent de loin leurs possibilités d'action.

### **Questions de recherche**

C'est à ce point de la description de l'évolution du système du bien-être suisse que notre reconstruction historique prend sa fin et que notre recherche empirique débute. Si cette esquisse de l'"histoire sociale" suisse nous donne de nombreuses et précieuses indications sur la forme actuelle du welfare mix - notamment l'imbrication des acteurs privés et publics -, les changements intervenus suite à la crise économique des années soixante-dix dans l'application du principe de subsidiarité soulèvent la question centrale de savoir *quelles sont les conséquences de ces changements pour le modèle suisse du bien-être caractéristique des années quatre-vingt.*

Suivant notre démarche présentée dans l'introduction, une tentative de réponse se fera par le biais d'une reconstruction des cas du vih/sida et de l'alcoolisme et d'une comparaison nous permettant d'émettre des hypothèses généralisantes sur le modèle suisse du bien-être. Toutefois, la question telle qu'elle est posée est trop générale et mérite que nous la précisions. Répondre à une telle interrogation nécessite en effet d'étudier

plusieurs aspects du welfare mix, aussi nous proposons nous de formuler d'autres questions, plus précises, afin de mieux cerner le système du bien-être suisse. D'autre part, notre recherche étant basée sur une étude de cas, des questions plus spécifiques aux cas peuvent nous être utiles.

Comme *première question*, nous pouvons nous demander si l'évolution du système du bien-être suisse mise à jour dans l'esquisse historique que nous avons peint à gros traits est confirmée par nos données. Nous avons en effet constaté que dans une première étape allant jusqu'aux années soixante, la société civile est principalement responsable de l'organisation de la solidarité. A cette époque, les agents intermédiaires participant à la production du bien-être ont avant tout une fonction substitutive et l'Etat intervient selon le "modèle libéral de transfert des fonctions", c'est-à-dire après l'échec de l'auto-organisation de la société ou lorsque les subventions ne suffisent plus. Dans les années soixante, par contre, l'Etat s'engage de plus en plus dans la production de la solidarité. Les premiers signes des effets négatifs de la croissance économique apparaissent et sont compensés par une extension des prestations sociales et une augmentation continue des salaires. Ces deux aspects relativisent ainsi le rôle des organisations de solidarité traditionnelles et relèguent la subsidiarité au second plan. Cette évolution trouve son point culminant dans le milieu des années soixante-dix, lorsque les agents intermédiaires ne prennent plus un rôle substitutif par rapport à l'organisation étatique de la solidarité, mais une fonction complémentaire. Ces lignes d'évolution, esquissées à travers la littérature existante sur le champ, doivent néanmoins être confrontées à nos données. Nous nous proposons en effet de soumettre cette reconstruction historique à une vérification "empirique" à partir du cas de l'alcoolisme (le cas du vih/sida est trop récent pour être employé à un tel contrôle).

La *deuxième question* à laquelle notre recherche empirique tentera de répondre nous ramène aux années quatre-vingts et aux interrogations induites par l'adoption, par l'Etat, de stratégies minimalistes. Nous avons en effet vu que la crise économique des années soixante-dix a pour conséquence une stagnation de l'évolution de l'Etat providence alors que bien des problèmes n'ont pas encore trouvé de solution, comme par exemple ceux liés à la nouvelle pauvreté (voir Wagner 1989: 90; Ricq 1986; Gottraux 1990). Le cas du vih/sida est un exemple de nouvelle problématique émergeant sur la scène sociale dans les années quatre-vingts et pour lequel il est intéressant de se pencher sur les règles constitutives d'un réseau organisationnel mêlant acteurs publics et privés. Plus précisément, avec l'analyse du cas du vih/sida, on peut se demander comment réagissent et s'organisent les différents acteurs publics et privés suite à l'émergence d'un nouveau

problème en période de restrictions budgétaires. Trouver une réponse à cette question revient à observer le welfare mix qui s'est formé dans le champ du vih/sida ou, plus spécifiquement, le réseau d'organisations qui s'est constitué, les acteurs impliqués, la place des institutions publiques et des agents intermédiaires et les relations qu'ils entretiennent entre eux. La réponse à cette question ne sera pas unique puisque, comme nous l'avons précisé dans l'introduction, nous ne considérons pas seulement le réseau national caractérisant un champ, mais aussi différents réseaux cantonaux. Une telle différenciation nous permettra donc de procéder à des distinctions entre les cantons et de mettre à jour plusieurs types de réponses organisationnelles face à l'émergence d'un nouveau problème tel que celui du vih/sida avec, cependant, l'intention de dégager des lignes communes.

La *troisième question* est intimement liée à la question précédente mais, plutôt que de centrer son attention sur les règles de constitution d'un réseau, elle s'intéresse aux règles de transformation. Plus précisément, on peut se demander si les types de welfare mix que l'on trouve dans le champ du vih/sida sont liés au fait qu'il s'agit d'un nouveau problème auquel les acteurs concernés ont répondu de manière spécifique dans un contexte politique spécifique, ou si le welfare mix ainsi constitué suit l'évolution normale du système du bien-être suisse et des politiques publiques correspondantes. Pour répondre à cette question, une première comparaison des deux cas peut se révéler fructueuse. La comparaison des welfare mix existant dans les deux champs pendant les années quatre-vingts nous permettra en effet de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les règles de constitution pour le vih/sida et les règles de transformation pour l'alcoolisme. Nous pensons que les politiques actuelles en matière de politique sociale se répercutent de manière comparable sur les règles de constitution que sur les règles de transformation. En d'autres termes, nous émettons l'hypothèse que l'adoption de stratégies étatiques minimalistes influence de manière comparable la forme du welfare mix dans le champ du vih/sida que dans celui de l'alcoolisme.

Enfin, notre recherche empirique se doit de répondre à une *dernière question* afin que l'image du système du bien-être suisse que nous nous proposons de présenter soit complète. L'esquisse du développement historique du système du bien-être suisse a montré que la forme que prend le welfare mix dans son ensemble est profondément marquée par le mode de régulation dominant le système politique. Il en va de même pour les projets, organisations et institutions: leur carrière organisationnelle est non seulement dépendante de facteurs internes et de stratégies propres, mais aussi de facteurs externes

tels que les modes de régulation dominants. Plus précisément, nous avons vu que le principe de subsidiarité a introduit un “modèle libéral de transfert des fonctions“ accordant un rôle déterminant aux agents intermédiaires participant à la production du bien-être. De même, la carrière qu'ont suivi les organisations de solidarité traditionnelles est fortement marquée par la subsidiarité. Suite aux transformations qu'a subi le principe de subsidiarité dans son application, on peut se demander quels sont les modes de régulation dominants dans le système du bien-être suisse dans les années quatre-vingts. La subsidiarité joue-t-elle toujours ce rôle régulateur qu'elle a eu jusque dans le milieu des années soixante-dix? D'autres modes de régulation sont-ils à envisager? Ici encore, nous tenterons de répondre à cette question à la lumière des cas du vih/sida et de l'alcoolisme pris d'abord séparément, puis comparés.

Arrivés à ce point de la discussion, nous avons mis en évidence les principales pistes de recherche nous permettant de répondre à l'interrogation sous-jacente à l'ensemble de notre recherche, à savoir quelle est la forme du modèle suisse du bien-être caractéristique des années quatre-vingt. Toute notre recherche se fonde sur les quatre questions développées dans les paragraphes précédents. Celles-ci occuperont une place centrale dans les parties empiriques qui suivent, à savoir la partie sur le vih/sida (III), sur l'alcoolisme (IV) et sur la comparaison des deux cas (V/VI).

### **III. La maîtrise du vih/sida en Suisse**

Avant d'entrer dans le vif du sujet et de reconstruire les différents réseaux organisationnels qui se sont constitués autour du vih/sida, nous nous livrons d'abord à une brève présentation du contenu matériel du champ, suivie d'un premier examen de notre cas sur la base des données agrégées valables pour toute la Suisse. Nous ne parlons donc pas encore en termes de réseau, mais nous nous contentons de brosser le paysage organisationnel dans le champ du vih/sida en Suisse.

Le vih/sida apparaît sur la scène occidentale au début des années quatre-vingts. D'abord, le vih/sida est connu comme le “cancer des homosexuels“ étant donné qu'il affecte principalement les homosexuels et les bisexuels. Cependant, au fil du développement de l'infection, les nouveaux cas touchent de plus en plus les consommateurs de drogue par intraveineuse et les personnes hétérosexuelles ayant des comportements à risque.

En fait, une approche purement médicale nous apprend que "le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) est une maladie infectieuse nouvelle, causée par le virus de l'immunodéficience humaine (vih) et dont l'issue est, pour le moment, presque toujours fatale" (OFSP/Commission fédérale 1989: 13). Mais plus qu'une infection, le vih/sida est une épidémie qui se répand géographiquement et parmi tous les groupes de la population. En fait, sous cette définition, se cache une maladie dont les aspects particuliers la distinguent des autres maladies infectieuses. Le vih/sida contient notamment de nombreux aspects psycho-sociaux. Ainsi, en l'absence d'un vaccin efficace ou d'un traitement de l'infection vih, seuls des changements de comportement - en particulier par rapport à la prévention de la maladie et aux risques de transmission - pourront éviter une quelconque infection. D'autre part, le vih/sida est accompagné de nombreuses craintes, fondées ou infondées, qui se reportent souvent sur les personnes affectées par le vih/sida ou appartenant à des groupes à risque. En effet, en plus des conséquences psychologiques liées à la maladie, ces personnes doivent faire face à des réactions de discrimination allant jusqu'à des comportements d'"homophobie" ou d'intolérance à l'égard des utilisateurs de drogue par intraveineuse, et même parfois à l'égard d'hémophiles contaminés par transfusion sanguine. De telles réactions de stigmatisation peuvent aboutir à l'isolation sociale des séropositifs et malades du sida, ce qui signifie pour eux l'abandon de leur vie normale, l'isolation sur leur lieu de travail ou d'autres lieux publics, la crainte de perdre leur travail ou leurs droits sociaux.

**Tableau III.1:** *activités entreprises par les organisations et institutions dans le champ du vih/sida*

Les aspects liés au vih/sida sont donc multiples et dépassent de loin les considérations médicales (voir Perrow/Guillén 1990: 55ss et Nelkin/Willis/Paris 1991). Ainsi, les domaines d'intervention des organisations et institutions présentes dans le champ sont nombreux et forment un éventail d'activités allant du travail d'éducation jusqu'aux soins apportés aux malades, en passant par les conseils personnels, la recherche et les pressions politiques. Le tableau III.1 reprend en détail les activités couvrant les différents aspects du vih/sida. Ces activités ne se distinguent pas seulement par leur nature, mais aussi par leur type. Par exemple, certains services sont de type monopolistique. De même, certaines activités produisent des biens publics, alors que d'autres sont destinées à une clientèle spécifique (groupes cibles, membres). Bien que toutes les organisations et institutions peuvent réaliser ces activités, elles se cristalliseront le plus souvent autour d'un type

d'activité ou d'une catégorie d'activités, à savoir: la prévention; les soins et les services sociaux; le contrôle, la compréhension, la surveillance et les services d'étude; la défense d'intérêts, l'organisation de protection des droits de l'homme et civils; enfin, les activités de support financier.

## **6. La maîtrise du vih/sida en Suisse: vision agrégée**

En Suisse, c'est en 1982 qu'ont été observés les premiers cas de sida. Toutefois, on a pu établir après coup la présence de malades du sida dès 1980 (OFSP/Commission fédérale 1989: 18). Si l'on considère les statistiques, la progression de la maladie s'est accrue depuis 1988 à cause de l'obligation pour les médecins de déclarer les cas de séropositivité et de sida parmi leurs patients. A la fin 1992, 2879 malades du sida (dont 1916 sont décédés) et 17'112 cas de séropositivité ont été déclarés. La Suisse est ainsi un des pays européen le plus touché avec, depuis l'apparition de l'épidémie, 43 cas de sida pour cent mille habitants. Quant aux coûts directs engendrés par le vih/sida, ils ont représenté, en 1991, 0.5% des dépenses du système suisse de santé (environ 100 millions de francs).

### **Tableau 6.1:** *cas de sida selon le groupe et l'année de déclaration (état au 31 décembre 1992)*

Source: OFSP 1993

La maladie sévit surtout dans les grandes agglomérations. Les cantons de Zurich, Genève et Bâle, qui regroupent un quart de la population, enregistrent à eux seuls plus de 50% des cas de sida déclarés. Le vih/sida touche en majorité les toxicomanes et les hommes ayant eu des relations homosexuelles qui, ensemble, représentent en 1992 près de trois quarts des cas. Mais, en 1992, la plus forte progression de cas de sida a été enregistrée chez les personnes hétérosexuelles. De manière générale, on assiste cependant à un léger fléchissement du taux d'augmentation des nouveaux cas de sida. Le tableau 6.1 résume l'évolution de la maladie selon différents groupes.

### **Réactions au défi du sida**

La première réaction politique face au vih/sida remonte à 1983, lorsque le Conseil fédéral décide la création d'une Commission d'experts pour le sida dont la tâche est de conseiller l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qui, de son côté, débute un programme d'information auprès des médecins praticiens sur la nouvelle maladie (ISH 1988: 29).

En 1985, le Conseil fédéral accorde un premier budget de 3.5 millions de francs pour financer la recherche en matière de vih/sida. L'année suivante, l'OFSP entame ses activités destinées au public en distribuant une brochure d'information à tous les ménages. En février 1987, la campagne Stop-sida débute. Elle est axée sur l'ensemble de la population et ponctuellement sur des groupes cibles. Son objectif est d'informer, de modifier l'état d'esprit et les attitudes et de créer une solidarité envers les personnes touchées par le vih/sida (voir ISH 1988: 29-33; Francioli/Chave/Glauser 1988: 215-218; Staub 1990). La même année, devant les dimensions que prend la nouvelle infection, l'Office fédéral de la santé publique crée le Bureau central pour les questions liées au sida.

De nombreuses organisations intermédiaires se constituent, à côté de l'OFSP (et parfois en collaboration avec l'OFSP), pour prendre en charge les différents problèmes posés par le vih/sida (que nous appelons dans le présent rapport organisations spécialisées), alors que d'autres organisations, déjà présentes dans la domaine social et/ou médical, intègrent la problématique du vih/sida dans leurs programmes existants (que nous appelons organisations polyvalentes).

Au total, nous avons recensé, fin 1990, 317 organisations et institutions avec des programmes liés au vih/sida. Le tableau 6.2 décrit le pourcentage des différents acteurs (privés et publics) effectuant chaque activité. On remarque que l'éventail des activités entreprises par les organisations et institutions suisses couvre bien l'ensemble du contenu matériel du champ tel qu'il a été défini plus haut. On voit aussi que les sept activités réalisées le plus souvent par les acteurs sida tiennent des services personnels et que la dimension préventive y joue un rôle important.

**Tableau 6.2:** *pourcentage des organisations et institutions réalisant des activités dans le champ du vih/sida*

(a) plusieurs réponses possibles

### **Evolution du paysage organisationnel suisse**

L'évolution du nombre d'organisations et institutions dans le champ du vih/sida passe par deux phases qui apparaissent dans la figure 6.1. Après une phase d'évolution rapide jusqu'en 1987 (avec une augmentation du nombre d'acteurs de plus de 60%), une phase de fléchissement s'amorce en 1988 (où le taux de croissance des acteurs passe de 42% en 1988 à 7% en 1990).

La comparaison avec l'évolution des cas de sida déclarés ne suffit pas pour expliquer les phases de développement du nombre des acteurs présents dans le champ du vih/sida.

Une telle comparaison peut valoir pour la première phase où il est certain que l'accroissement rapide du nombre des acteurs soit dû à une réaction face à l'émergence de la maladie. Pendant cette période, le champ du vih/sida passe par une phase pionnière durant laquelle les fondements de la maîtrise du vih/sida sont établis. Mais, dans la deuxième phase, bien qu'il y ait une évolution constante et rapide des malades, le taux de croissance des acteurs diminue et le champ semble trouver une consolidation. Plusieurs explications peuvent être envisagées pour comprendre ce changement:

- les acteurs publics et privés couvrent bien l'ensemble du champ et il n'y a plus besoin d'une grande expansion;
- les financements publics ont cessé d'augmenter;
- les organisations formées lors de la première période (principalement des antennes de l'Aide Suisse contre le Sida) commencent à diversifier leurs tâches et à mieux s'organiser entre elles plutôt que de créer de nouvelles organisations;
- le champ continue à augmenter en termes de croissance interne des différents acteurs.

*Figure 6.1: évolution des acteurs sida et progression des cas de sida*

- (a) Le  $n$  n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes. Les acteurs contenus dans cette figure restent tout de même représentatifs suite au contrôle d'autres variables.

**Coévolution entre les acteurs publics et les agents intermédiaires**

La réponse organisationnelle aux problèmes posés par le vih/sida est venue soit des services publics soit d'organisations intermédiaires privées, ces dernières représentant environ la moitié des organisations recensées. Fin 1990, on peut compter 149 institutions publiques présentes dans le champ du vih/sida en Suisse. Dans ce chiffre, les prisons ne sont pas comprises, bien qu'une douzaine d'entre elles aient des programmes vih/sida (voir Harding/Manghi/Sanchez 1990). Nous avons préféré ne pas les intégrer à l'inventaire car les réponses aux questionnaires étaient souvent défailtantes. Parmi les 168 organisations recensées avec statut privé, 158 sont des agents intermédiaires. Les 10 restantes sont des entreprises liées au mouvement de lutte contre le sida vendant des préservatifs, des industries pharmaceutiques et des laboratoires privés. Du fait de leur petit nombre, nous n'en tiendrons pas compte dans l'analyse qui suit.

*Figure 6.2: évolution des acteurs publics et des acteurs intermédiaires*

(a) Le *n* n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes.

Si l'on observe l'évolution du nombre d'organisations et institutions en différenciant les organisations ayant un statut public de celles avec un statut privé sans but lucratif, le niveau agrégé ne nous permet pas d'apercevoir de différences, que ce soit du point de vue de la date de l'introduction de programme vih/sida ou de la création de nouvelles organisations. La figure 6.2 montre une coévolution entre les institutions publiques et les agents intermédiaires dans la maîtrise du vih/sida.

Les différences les plus importantes entre les acteurs publics et les agents intermédiaires se trouvent en fait dans les activités réalisées, bien que les différences soient moins marquées entre les agents intermédiaires intervenant dans plusieurs champs (organisations polyvalentes) et les services publics. Pour montrer cette différenciation, nous avons considéré les catégories d'activités telles que nous les avons définies plus haut. Le tableau 6.3 présente le pourcentage de services publics et d'agents intermédiaires (en faisant une distinction entre les organisations polyvalentes et les organisations spécialisées) qui ont, au niveau agrégé, comme activité principale une activité entrant dans les catégories précitées.

**Tableau 6.3:** *répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et la tâche principale<sup>(a)</sup>*

(a) Le *n* n'équivaut pas au nombre d'organisations et d'institutions recensées en raisons des données manquantes

Ce tableau met en évidence que les services publics et les organisations polyvalentes se concentrent dans les domaines de la prévention et des soins de santé. Pour les soins de santé, ceci est dû au fait que 21% des services publics actifs dans le champ du vih/sida sont des hôpitaux et qu'un quart des organisations polyvalentes sont des centres de traitement et de consultation pour toxicomanes. Si de manière générale les agents intermédiaires sont peu présents dans le domaine de la recherche et du contrôle, les services publics s'y investissent plus. Par contre, aucun service public ne définit son activité principale comme étant de la défense d'intérêts, alors que 12% des organisations spécialisées et 7% des organisations polyvalentes se considèrent ainsi. Quant aux activités de recherche de fonds, elles sont principalement réalisées par des agents intermédiaires spécialisés. Le champ du vih/sida est donc caractérisé par une division des tâches entre les institutions publiques et les agents intermédiaires, de même qu'entre agents intermédiaires

spécialisées et polyvalentes.

Lorsque l'on considère toutes les activités que réalisent les acteurs présents dans le champ du vih/sida (et non plus la tâche principale), la même différenciation fonctionnelle se révèle, quoique moins marquée, comme le montre le tableau 6.4.

**Tableau 6.4:** *répartition en pourcentage des acteurs selon leur type et les activités<sup>(a)</sup>*

(a) Le total des colonnes est supérieur à 100% car un seul acteur peut réaliser plusieurs activités entrant dans différentes catégories.

Ici, on remarque que le message préventif est introduit dans trois quarts des organisations et institutions, et cela de manière relativement égale entre les services publics et les organisations intermédiaires. Les soins de santé sont aussi des activités caractérisant fortement les trois types d'acteurs. Par contre, on constate que les organisations spécialisées donnent plus de poids au domaine de la défense d'intérêts et à celui de la récolte de fonds que les autres organisations et que ce sont principalement les services publics qui se concentrent dans le domaine du contrôle et de la recherche.

En résumé, la coévolution entre les acteurs publics et les agents intermédiaires ainsi que la division du travail entre les acteurs nous montrent que les organisations intermédiaires n'ont pas eu un rôle promoteur dans la maîtrise du vih/sida, tout au moins au niveau agrégé. On peut ainsi penser - et nous pourrions le vérifier dans les chapitres qui suivent - que ce sont les acteurs publics qui ont mis sur pied une structure de base pour la maîtrise du vih/sida et les agents intermédiaires, quant à eux, se sont attachés à compléter les lacunes de la structure établie par les acteurs publics.

### **L'influence du fédéralisme sur la réponse organisationnelle**

Bien que le sida entre dans l'application de la Loi fédérale contre les épidémies, les cantons et les communes jouissent, grâce à la structure fédérale suisse, d'une large autonomie dans les domaines centraux pour la lutte contre le sida, à savoir la santé et l'éducation. Plus précisément, les tâches et mesures relevant de la Confédération s'articulent autour des quatre points suivants: surveillance épidémiologique (obligation pour les médecins d'annoncer les cas); information et prévention; aide à la formation de personnel chargé de la lutte contre le vih/sida; encouragement à la recherche. L'OFSP a par ailleurs la tâche de coordonner les mesures prises à l'échelle nationale au travers des commissions et groupes de travail (Groupe de travail interdépartemental pour les questions de sida, Commission fédérale d'experts pour les problèmes liés au sida,

Commission fédérale pour le contrôle de la recherche sur le sida, Division médicale de laquelle dépend le Bureau central pour le sida). De plus, l'OFSP élabore et lance des programmes et projets divers liés à la lutte contre le vih/sida. Quant aux tâches et mesures pour lesquelles les cantons sont compétents, elles concernent la prise en charge des séropositifs et les soins aux patients; l'information et la vulgarisation (à l'école et pour la jeunesse de manière plus générale) et la prévention dans le domaine des toxicomanies (OFSP 1990: 37).

En conséquence de cette répartition, peu d'organisations et d'institutions sont à vocation nationale. La majorité d'entre elles (73%) se regroupent aux niveaux local et cantonal, seulement 20% interviennent nationalement et 7%, en plus d'être présentes au niveau national, ont un rayon d'action international.

Cette autonomie des cantons se reflète en partie sur les activités des organisations et institutions. Le tableau 6.5 montre les activités des acteurs ayant un rayon d'action local/cantonal et de ceux ayant un rayon d'action national.

Quatre observations peuvent être tirées de ce tableau:

- En accord avec la structure fédérale, on constate que les acteurs locaux et cantonaux accomplissent toutes les activités relevant du champ vih/sida.
- Les acteurs locaux et cantonaux sont naturellement très présents dans le domaine des services personnels à cause de la proximité de leur clientèle (conseils personnels, soutien psychologique, travail d'éducation ou d'information, prévention relative à la drogue, hotline, clearing, soins de santé, entraide, soins à domicile, distribution de repas, parrainage).
- En ce qui concerne les activités plutôt techniques sans contact direct avec la clientèle, on voit que les organisations nationales y participent aussi (formation, campagne d'information, test, coordination politique, conseils techniques, défense d'intérêts, lobbying, récolte de fonds, hospice, contrôle du sang et du plasma).
- Au niveau des acteurs nationaux, la recherche et la production de matériel d'information occupent une place importante. Pour ces activités, l'influence du fédéralisme est partiellement suspendue du fait que la Confédération, qui a décidé d'occuper une position centrale dans le domaine de la recherche et de l'information, ne peut généralement que financer des organisations nationales.

**Tableau 6.5:** activités des acteurs locaux/cantonaux et des acteurs nationaux<sup>(a)</sup>

(a) Le total des colonnes est supérieur à 100% car un seul acteur peut réaliser plusieurs activités. Quant au *n*, il n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes.

Le fédéralisme influence non seulement les activités des organisations et institutions, mais aussi la répartition territoriale. En effet, grâce à la structure fédérale, quasiment tous les cantons comptent sur leur sol au moins une organisation ayant des activités vih/sida. Seuls les cantons de Schwytz et d'Obwald n'ont aucune organisation de ce type sur leur territoire, mais les problèmes liés au vih/sida de leurs ressortissants sont pris en charge par des organisations et institutions des cantons limitrophes. Toutefois, des différences existent quant au statut légal des acteurs dans différents contextes territoriaux: si de manière générale on assiste à une division des tâches entre les organisations publiques et les agents intermédiaires, ce sont uniquement les institutions publiques qui garantissent la maîtrise du vih/sida dans les cantons périphériques. Ceci est notamment le cas pour les cantons d'Appenzell, de Glaris, de Nidwald et d'Uri.

La concentration de la population influence elle aussi la répartition des organisations et institutions intervenant dans le champ du vih/sida. On remarque ainsi que les cinq plus grandes villes de Suisse (Zurich, Bâle, Genève, Berne et Lausanne), dans lesquelles vit près d'un septième de la population, abritent sur leur sol 104 projets, organisations et institutions, soit environ un tiers de l'ensemble des organisations et institutions intervenant dans le champ du vih/sida (c'est d'ailleurs aussi dans ces villes que sont concentrés la majorité des cas de vih/sida).

Si le fédéralisme permet avant tout une homogénéité dans la distribution territoriale des acteurs et garantit ainsi l'existence de telles structures dans les régions périphériques (bien que des concentrations d'organisations existent dans les centres urbains), ceci ne signifie pas pour autant que les réactions aient été uniformes. En effet, nous l'avons vu, les cantons ont une grande autonomie dans le champ du vih/sida et les réponses données à ce défi varient considérablement entre cantons. Le tableau 6.6 présente l'ensemble des mesures cantonales prises dans le cadre de la lutte contre le vih/sida et le nombre d'organisations et institutions dans chaque canton.

Ce tableau illustre clairement l'autonomie qu'ont les cantons dans leurs efforts de maîtrise de la maladie. Seule l'information dans les écoles est dispensée par tous les cantons, mais le matériel didactique employé peut provenir de différentes sources (voir Imhof 1989). Quant au test anonyme, il ne peut pas être effectué dans tous les cantons. Il en va de même pour les dispositifs médicaux ou psycho-sociaux qui n'ont pas été mis sur pied partout. En matière de toxicomanies, les mesures prises varient aussi considérablement. Par ailleurs, si la majorité des cantons ont des commissions ou des groupes de travail, six d'entre eux ne se sont pas dotés de tels organes. D'autres

différences, notamment liées à la date d'introduction de certaines mesures, distinguent encore les cantons.

***Tableau 6.6: mesures prises par les cantons et répartition des acteurs sida***

Sources: Aids Infothek 4/91 et données propres

De manière plus générale, on peut dire que ce ne sont pas des différenciations linguistiques ou culturelles qui marquent les mesures prises par les cantons dans le cadre de la lutte anti-sida, mais des variations entre centre et périphérie. En effet, on constate que c'est avant tout dans des cantons urbains - les plus marqués par l'épidémie - que le problème du vih/sida a été politisé. Zurich, Berne et Bâle-Ville ont en effet connu un nombre d'interventions parlementaires nettement plus élevé que les autres cantons. Le cas de Genève semble toutefois déroger à cette constatation et l'analyse détaillée que nous ferons des réponses au vih/sida dans le canton nous permettra de comprendre pourquoi le problème n'a été que peu politisé. De même, les cantons urbains connaissent un nombre d'organisations s'étant formées en réaction au vih/sida particulièrement élevé et de nombreuses mesures ont été prises. Par contre, dans les cantons périphériques (à savoir peu urbanisés et peu touchés par le vih/sida), les réponses à la nouvelle épidémie ont été moins importantes. Dans les cantons de Suisse primitive, notamment, peu de mesures ont été prises et seulement quelques organisations ou institutions se sont formées en réaction au vih/sida.

**Le rôle des organisations spécialisées**

La spécificité du sida influence de manière décisive les expressions organisationnelles du champ du vih/sida. Les données agrégées montrent l'importance de la maîtrise du problème par des organisations spécialisées en matière de vih/sida. Le champ compte en effet 43 organisations intermédiaires spécialement créées pour lutter contre le vih/sida et ses implications. Bien qu'elles constituent une minorité, leur poids ne doit pas être sous-estimé. En 1990, le total de leurs budgets a recueilli plus de onze millions et demi de francs. De plus, près de 200 professionnels sont engagés par de telles organisations, aidés dans leur travail par environ 750 volontaires.

Ces organisations spécialisées se distinguent principalement des organisations polyvalentes par leurs logiques de fonctionnement interne et externe:

- En ce qui concerne la logique interne, les organisations spécialisées sont plutôt des organisations de membres où l'essentiel du pouvoir de décision est détenu par

la base (par le biais des assemblées générales notamment). En effet, alors que 57% des organisations polyvalentes ont des membres, 76% des organisations spécialisées ont une structure de membres et dépendent de la sorte plus fortement que les organisations polyvalentes des décisions des membres.

- Une autre différence dans la logique interne réside dans le degré de professionnalisation des deux types d'organisation. On trouve ainsi plus de volontaires et moins de professionnels dans les organisations spécialisées que dans les polyvalentes. En effet, les organisations spécialisées comptent en moyenne 23 volontaires pour 10 professionnels alors que les polyvalentes n'en ont que 9 pour 10.
- En ce qui concerne la logique externe des organisations, à savoir leur impact sur l'environnement, les organisations spécialisées se différencient des organisations polyvalentes par un plus grand nombre d'activités publiques (ligne téléphonique, production de matériel d'information et réalisation de campagnes d'information) et politiques (coordination et réalisation d'une politique en matière de sida, protection des droits de l'homme et civiques et pressions politiques). En effet, 79% des organisations spécialisées ont des activités publiques et 47% interviennent politiquement alors que ces chiffres, pour les organisations polyvalentes, sont respectivement de 35% et de 25%.

Nous estimons que c'est surtout en raison des spécificités des groupes homosexuels (qui sont à l'origine d'un grand nombre d'organisations spécialisées) que de telles différences existent au sein des agents intermédiaires. Les homosexuels étaient en effet dotés déjà avant l'apparition du sida des ressources de base nécessaires à leur mobilisation et à leur organisation. La capacité d'auto-organisation de la communauté des homosexuels leur permet en effet de dépasser le rôle de client ou de membre passif et de partager une réalité commune. En plus, nous pensons que si les organisations spécialisées ont connu un tel développement, c'est que les organisations polyvalentes ne semblent pas constituer des structures de référence pour les homosexuels pouvant répondre à leur besoin de défense d'intérêts devant l'émergence de toute une série de comportements discriminatoires ou offrir un lieu d'affirmation de leur subculture.

### **L'intégration des acteurs**

Lorsque l'on considère les données agrégées récoltées lors de l'inventaire, on constate que les acteurs présents dans le champ du VIH/sida sont relativement bien intégrés. Verticalement, les affiliations entre agents intermédiaires sont nombreuses. Horizontalement, une étroite collaboration s'effectue entre les divers organisations, institution et les acteurs centraux présents dans le champ. Pour décrire l'intégration des acteurs, plusieurs points peuvent être soulignés.

- Les organisations intermédiaires se sont structurées par des affiliations. Plus de la moitié des organisations privées non lucratives recensées sont en effet affiliées à d'autres organisations.
- Parmi les organisations affiliées, on constate que des liens privilégiés se constituent entre organisations de même type. En effet, 90% des organisations spécialisées affiliées le sont à des organisations spécialisées, et 86% des organisations polyvalentes affiliées suivent la même logique.
- L'intégration horizontale dans le champ se fait principalement autour de deux acteurs, à savoir l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ce qui leur donne un rôle central dans la lutte contre le sida. Nous avons en effet compté 21% d'organisations et institutions collaborant directement avec l'ASS. Toutefois, ce chiffre ne saurait traduire la réalité si l'on n'intègre pas la collaboration indirecte, c'est-à-dire la collaboration avec les antennes cantonales de l'ASS. C'est ainsi que l'on trouve 61% d'acteurs collaborant directement ou indirectement avec l'ASS. L'OFSP, à travers les commissions fédérales et le Bureau central pour le sida peut aussi se vanter d'une forte intégration dans le champ du vih/sida puisque 18% des organisations collaborent directement avec l'OFSP.

Si l'on considère le nombre d'affiliations entre les organisations et la collaboration autour des deux acteurs principaux qui, de surcroît, travaillent étroitement ensemble, on peut conclure à l'existence d'efforts d'intégration entre les différents acteurs intervenant dans la conception et la réalisation des programmes concernant le vih/sida et présumer d'une possibilité donnée aux acteurs centraux de coordonner les différentes interventions.

### **Conclusions sur les données agrégées**

Ce bref survol de nos données agrégées nous montre que, face à l'importance prise par le vih/sida en Suisse, différentes organisations intermédiaires et institutions publiques ont réagi simultanément, et ceci de manière assez rapide. Mais, après une phase pionnière, le nombre de nouveaux acteurs intervenant dans le champ du vih/sida semble stagner. D'autre part, on peut aussi constater que les organisations et institutions se sont distribuées sur le territoire suisse de façon relativement homogène.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au rôle des agents intermédiaires dans la maîtrise du vih/sida, on s'aperçoit que, contrairement à d'autres champs plus traditionnels où ce sont les acteurs privés qui ont réagi les premiers, les organisations privées non lucratives ont, dès le départ, été complémentaires aux services publics. Toutefois, loin d'être assimilées aux structures publiques, elles ont procédé à de nombreuses interventions publiques et politiques dont le potentiel de critique ne doit pas être négligé.

Cette réaction a surtout été due aux risques de stigmatisation et de discriminations auxquels sont confrontés les séropositifs et les malades du sida ainsi que les homosexuels, qu'ils soient touchés ou non par la maladie. Mais ces différentes actions, plutôt que de discréditer leurs auteurs, ont conduit à une légitimité des organisations spécialisées aux yeux des institutions publiques n'hésitant pas à les considérer comme leurs partenaires parmi les organisations intermédiaires. C'est ainsi que l'Aide Suisse contre le Sida collabore non seulement avec l'Office fédéral de la santé publique, mais est aussi largement subventionnée par la Confédération pour réaliser sa tâche de coordination des différents acteurs privés actifs dans la lutte anti-sida.

Ces premiers résultats sont bien sûrs très généraux et doivent être considérés comme des résultats intermédiaires. Le modèle caractéristique de la maîtrise du vih/sida est sans doute plus complexe. Pour en avoir une image précise, nous compléterons ce survol, dans les prochaines chapitres, par une reconstruction du réseau national et des réseaux cantonaux qui portera sur les étapes de la formation de chaque réseau, ses transformations et ses caractéristiques.

## **7. Réseau national**

Comme nous l'avons déjà vu, les premiers cas de sida sont enregistrés en Suisse en 1982 et c'est au début de l'été 1983 que l'opinion suisse découvre le sida. Dès lors, une série d'organisations et d'institutions actives au niveau national intègrent le vih/sida dans leurs activités de même que l'on assiste à la création d'organisations spécifiquement destinées à la lutte contre le vih/sida. Parti du mouvement homosexuel, le réseau national s'étend petit à petit à toute une série d'acteurs et compte, fin 1990, 51 projets, organisations et institutions (respectivement, on compte 15 services publics, 24 organisations polyvalentes, 9 organisations spécialisées et 3 entreprises privées). La figure 7.1 illustre l'évolution du réseau national.

*Figure 7.1: évolution du réseau national suisse*

(a) Le  $n$  n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes.

### **La première épidémie**

A la fin de l'été 1983, la Coordination des groupes de travail homosexuels de Suisse (HACH) met à l'ordre du jour de son "week-end de travail et de discussion" le sida. Les débats tournent avant tout autour de la peur des conséquences politiques et sociales de la

maladie, mais aussi autour de la peur de la maladie elle-même. Suite à ce week-end, un journal présentant des informations et des opinions médicales et politiques sur la maladie est publié et distribué aux différents groupes homosexuels de Suisse. Fin 1984, les HACH décident de recommander l'utilisation du préservatif malgré le manque, à ce moment-là, de savoir acquis concernant ces capacités de protection.

Mais, dès 1985, le mouvement homosexuel est divisé en deux camps. D'un côté, les membres actifs au sein du mouvement depuis de nombreuses années s'estiment menacés par l'utilisation éventuelle de politiques abusives en matière de vih/sida. De l'autre côté, les homosexuels arrivés dans le mouvement suite à l'apparition du vih/sida estiment l'information et l'éducation prioritaires. Ces deux tendances paraissent irréconciliables. Ainsi, alors que la maladie progresse parmi la communauté homosexuelle de 8 cas en 1983 à 40 cas en 1985, les tenants du deuxième courant décident de former une association nationale spécifiquement destinée à la lutte anti-sida: l'Aide Suisse contre le Sida (ASS). Celle-ci reprend partiellement le travail accompli jusqu'alors par les Groupes de base homosexuels de Zurich (HAZ). Le 2 juillet 1985, la nouvelle association se présente pour la première fois à la presse. André Ratti, célèbre journaliste de la télévision suisse alémanique et président de l'ASS, ouvre la conférence de presse en ces termes: "je suis homosexuel, j'ai 50 ans, j'ai le sida".

Mais, jusqu'en 1985, le vih/sida n'est pas encore ressenti comme un enjeu de politique publique. C'est ainsi que les discussions au sein de Conseil fédéral et du parlement ne traitent que marginalement de la nouvelle infection, celle-ci étant considérée comme une affaire de professionnels touchant des "groupes à risque". En conséquence, parallèlement à la discussion au sein du mouvement homosexuel suisse, l'Office fédéral de la santé publique met sur pied les premières mesures consistant à informer les médecins praticiens au travers de son bulletin. Cette considération du vih/sida sous ses aspects médicaux et techniques caractérise l'action de toutes les administrations de Suisse à cette époque qui, d'une manière ou d'une autre, se soucient de l'épidémie. De plus, bien souvent, l'ampleur de la diffusion de l'infection est souvent sous-estimée et les structures techniques mises en place sont loin d'être efficaces et resteront longuement sous-développées (voir Ceppi 1992).

### **Le réveil**

A partir de 1985, les réactions à l'égard du vih/sida se font plus incisives, et avant même que l'Aide Suisse contre le Sida se soit présentée au public, l'Office fédéral de la santé publique se met en contact avec la nouvelle association. L'Office désire en devenir

membre. C'est en effet le meilleur moyen pour parler aux homosexuels et pour maintenir la crédibilité de l'administration fédérale auprès des groupes cibles. De plus, l'OFSP est conscient que pour assurer le succès d'un programme de lutte contre le sida, l'utilisation des réseaux sociaux existants peut s'avérer très utile (Somaini 1989).

Par ailleurs, l'OFSP annonce le jour même de la conférence de presse de l'ASS l'introduction d'un test des anticorps vih pour les produits sanguins et à des fins de diagnostic. Cependant, tout effort de prévention à large échelle se heurte aux débats au niveau politique et c'est seulement en mars 1986 - alors que la maladie a été décelée en Suisse depuis 1983 et que 110 personnes sont déjà malades (et en partie décédées) du sida - que l'OFSP s'adresse au public en envoyant une brochure explicative à tous les ménages. Les problèmes de santé publique étant du ressort des cantons, il a en effet fallu trouver une base légale - nécessitant un consensus politique - afin que la Confédération puisse prendre des mesures préventives. Plus exactement, avant de pouvoir répondre au vih/sida de manière centralisée - et de ce fait éviter les particularismes cantonaux -, l'administration fédérale a dû favoriser l'émergence d'un consensus politique permettant de fonder la lutte contre la diffusion du vih/sida sur une interprétation libérale de la Loi sur les épidémies, ce qui a nécessité de nombreux efforts étant donné la divergence des opinions en présence. Cependant le consensus reste faible et le vih/sida garde son caractère "brûlant". Aussi, décide-t-on d'évaluer cette première action. Mais c'est toutefois en 1987 qu'une véritable campagne de prévention démarre (la brochure avait en effet un contenu très technique et ne visait pas à changer les comportements): en février 1987 la campagne Stop-sida, axée sur l'ensemble de la population et destinée à être régulièrement répétée, est en effet lancée. Celle-ci a pour message principal l'utilisation du préservatif et emploie la télévision, le cinéma, les affiches et les journaux. Pour cette campagne, l'OFSP travaille en étroite collaboration avec l'ASS. L'Office assure la compétence scientifique et professionnelle ainsi que les moyens financiers alors que l'ASS apporte son expérience et sa proximité des personnes ayant des comportements à risque. Pour cela, elle est responsable du Creative Team, groupe d'expert dont le rôle est de faire des propositions sur l'utilisation de l'argent disponible pour la campagne. Cette campagne est non seulement décisive pour l'impact qu'elle a sur la population, mais aussi pour le signal politique qu'elle constitue en tant que mesure de politique publique. Dès lors, nous le verrons dans les chapitres suivants, les cantons optent clairement pour des mesures non-discriminatoires et financent toute une série de programmes en faveur des personnes avec des comportement à risque ou touchées par le vih/sida.

Alors que jusqu'en 1985, seuls les homosexuels (ainsi que quelques médecins, les laboratoires sanguins et l'administration fédérale) s'intéressaient à la nouvelle infection, le problème du vih/sida, suite à la création de l'Aide Suisse contre le Sida, est sorti de la subculture homosexuelle. Preuve en est, au sein de l'ASS, la formation, en 1986, du groupe de travail "Femmes et sida" par des volontaires proches du mouvement féministe. Mais le travail des homosexuels ne faiblit pas pour autant. L'ASS crée par exemple sa propre marque de préservatifs (le "Hot Rubber") dont le logo deviendra fameux dans les milieux homosexuels et dont la production et la vente est assurée par la Hot Rubber Company qui verse intégralement ses bénéfices à l'ASS afin de soutenir les efforts de prévention de l'association.

C'est à la même époque que d'autres organisations, dont les services sont destinés à d'autres groupes de la population que les homosexuels, investissent le champ du vih/sida. Mais la réaction reste encore faible. Seules quelques organisations polyvalentes intègrent des programmes vih/sida à proprement parler et quelques organisations spécialisées, dont la clientèle est autre que celle traditionnellement représentée à l'ASS, se forment. Parmi ces organisations, il convient de citer l'association suisse des intervenants en toxicomanie (VSD/ASIT) qui joue un rôle promoteur dans le domaine sida et toxicomanie et qui, au début de l'année 1985, constitue un groupe sida. On peut encore citer Pro Juventute qui, la même année, fait entrer le vih/sida dans ses activités de prévention et d'information et Caritas suisse qui met le sida à l'ordre du jour de ses programmes de formation d'accompagnement de malades en fin de vie.

### **Renforcement du réseau**

1987 marque le début d'une nouvelle phase pour le réseau national. Le consensus politique trouvé au niveau national se traduit par une réelle volonté politique à l'égard du sida: ce ne sont en effet pas moins de 8.3 millions de francs qui sont destinés à financer la prévention et l'information du sida; un mois plus tard, en avril, le Conseil fédéral adopte le Concept de lutte contre l'épidémie du sida en Suisse; quelques temps après, il décide d'allouer un crédit supplémentaire de 1.5 millions de francs pour encourager la recherche dans le domaine du sida et, toujours en 1987, il accorde une aide financière non remboursable de 5 millions de francs à l'OMS pour son programme spécial de lutte contre le sida. Puis en 1988, pour donner un appui à ces décisions, la Commission fédérale d'experts pour le sida constituée en 1983 est remplacée par une Commission fédérale pour les questions relatives au sida (voir ISH: 1988). Parallèlement à ces mesures, et pour

mieux gérer les tâches croissantes qui lui sont confiées, l'Office fédéral de la santé publique, constitue une unité spécialisée en matière de vih/sida, à savoir le Bureau central pour les questions liées au sida doté d'une quarantaine d'employés.

Ce "réveil", soldé par une augmentation des ressources, se répercute sur les différents acteurs sida actifs au niveau national. Preuve en est l'augmentation du budget de l'ASS (subventionné à 90% par les autorités fédérales) qui a doublé entre 1986 et 1987, passant de 518'000 à plus d'un million de francs et qui a permis à l'ASS de développer ses activités et, parallèlement, de se professionnaliser (de deux employés en 1986, l'association passe à 8 employés en 1987). Cette professionnalisation était nécessaire non seulement pour que l'ASS puisse assumer l'augmentation des activités, mais encore pour qu'elle soit en mesure de répondre aux contraintes d'efficacité liées à son statut d'expert dans le cadre de la campagne Stop-sida. Plus exactement, le thème du vih/sida étant très controversé, l'ASS a dû, dès le départ, assurer son mandat de manière professionnelle afin que le message préventif soit accepté de tous et, en plus, jugé efficace.

Si l'élargissement des activités suite à une augmentation des ressources permet une prise en charge plus complète et une meilleure prévention du vih/sida, il provoque parfois quelques remous au sein des organisations. L'exemple le plus éclatant est celui de l'ASS où les homosexuels à la base de l'organisation, se sentant minorisés, ont remis en cause le statut de "groupe cible" des femmes. En automne 1989 l'Assemblée Générale prend position sur les groupes cibles: l'ASS travaille pour les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées et leurs clients. Suite à cette décision, toutes les femmes du groupe quittent l'ASS. Mais le différend n'est pas clos. Cette fois-ci, c'est le travail du secrétariat et du directeur de l'ASS qui sont remis en cause. Les homosexuels reprochent aux professionnels, sous couvert d'incompétence et de magouilles, d'avoir dépensé trop d'énergie pour d'autres groupes qu'eux. Les positions paraissant irréconciliables, le directeur démissionne, suivi de la majorité du secrétariat. Suite à ce conflit l'ASS se restructure: on ne parle plus en termes de groupes cibles, mais de projets; les volontaires travaillent au sein des antennes (qui deviennent cantonales et non plus locales pour en limiter le nombre), le secrétariat national se limitant à un travail de coordination assuré par des professionnels. Partie d'une base volontaire en 1985, l'ASS s'est donc transformée, cinq ans plus tard, en une organisation avec un management professionnel.

L'augmentation des ressources versées à la lutte anti-sida par les autorités fédérales favorise aussi la formation d'autres organisations spécialisées dans la lutte contre le vih/sida. Parmi ces organisations nouvellement créées, on peut citer la Fondation "le Sida

et l'Enfant“ (Stiftung “Aids und Kind“) qui s'est constituée avec pour but d'aider financièrement les familles touchées par le vih/sida et qui a lancé ses activités par une action spectaculaire: elle a en effet organisé, en 1989, une aide pour les enfants roumains contaminés par le vih. Cette action lui a permis de s'établir toute suite dans le réseau et de prendre ainsi un rôle important dans la prise en charge du vih/sida auprès des enfants.

Si les organisations précédemment citées sont le fruit d'initiatives privées, la Fondation Sida Info Doc Suisse (Aids Info Docu), centre de documentation pour l'information sur le sida, a été créé en 1988 sous forme de fondation à l'instigation de l'OFSP qui désirait qu'un centre de documentation non médicale sur le sida soit mis sur pied. Cette fondation complète ainsi l'information médicale assurée par l'OFSP et par les différentes antennes cantonales de l'ASS et a pour but de faciliter l'échange d'informations, de matériel, d'idées et d'expériences au niveau suisse et international.

Parallèlement au développement d'un consensus au sein du parlement et du gouvernement national, soldé par une augmentation des ressources destinées à la lutte anti-sida, les organisations polyvalentes traditionnellement présentes dans le champ social suisse prennent conscience de l'importance du vih/sida et intensifient leurs actions dans ce domaine (avec, le plus souvent, des aides publiques). Caritas, en plus de ses activités de formation et de coordination débute, dès 1987, des activités d'information (conférences de presse, éditions de prospectus pour ses volontaires). La même année, la Croix-Rouge suisse introduit un programme sur le sida dans ses cours de formation de volontaires. Un tel programme a longtemps été repoussé par la direction de l'organisation en raison du risque de ne pas pouvoir le financer une fois mis sur pied. C'est suite à la demande de l'OFSP, intéressé par la mise sur pied de tels cours, que la Croix-Rouge, en échange d'une subvention de départ, a accepté de démarrer ce programme. Si cette subvention de départ a résolu le problème financier pour un temps, celui-ci a reparu lorsque le fond ainsi mis à disposition a été épuisé. Dès lors, des accords ont dû être trouvés avec les organisations bénéficiant de ces cours pour assurer la continuation du programme jugé, entre temps, indispensable. Dès 1988, Pro Juventute introduit aussi des cours pour ses collaborateurs et entreprend des actions visant à diffuser l'information préventive à l'égard des jeune (voir Spring 1988). Quant à l'ASIT/VSD, elle intensifie son travail d'information auprès des toxicomanes (notamment en publiant une brochure).

Pour d'autres organisations polyvalentes, cette période marque le début d'un travail en relation avec le vih/sida. Parmi ces organisations, il convient de citer la Société suisse d'hémophilie qui a intégré la problématique sida seulement en 1988, alors que 22% des

hémophiles ont été infectés jusqu'à l'introduction obligatoire du contrôle du sang en 1986. Poussée par des protestations internes, la Société entreprend des démarches auprès des autorités fédérales aboutissant à l'établissement d'un fond destiné aux hémophiles et aux personnes transfusées malades du sida ainsi qu'à leurs familles (voir Botschaft 1990). Plusieurs explications peuvent être apportées à cette réaction tardive. Tout d'abord, la direction de l'association - majoritairement composée de personnes non hémophiles - n'a pas pris conscience du problème. De plus, cette même direction ne possédait pas les compétences pour des actions de défense d'intérêts. Enfin, les hémophiles eux-mêmes n'ont pas remis en question l'inaction de la direction en raison de leur crainte de se voir stigmatisés en rendant public leur drame.

### **La structure du réseau national**

Les acteurs traitant de la problématique sida au niveau national se sont diversifiés depuis les premières réactions - encore marginales - en 1983 et la création de l'Aide Suisse contre le Sida en 1985. En 1990, on peut distinguer un réseau que la figure 7.2 tente de reproduire en schématisant les relations entre les acteurs.

*Figure 7.2: réseau national dans le champ du vih/sida (état fin 1990)*

- |   |   |
|---|---|
| <p>(a) Hôpitaux universitaires<br/>Fondation suisse pour la recherche sur le sida<br/>Groupe suisse sida et pédiatrie</p> | <p>(b) Administrations cantonales<br/>Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique<br/>Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires</p> |
| <p>(c) Assurances/réassurance<br/>Concordat des caisses maladies</p>  |   |

Dans cette représentation schématique, le réseau national a pour centres l'Office fédéral de la santé publique et l'Aide Suisse contre le Sida et, dans une moindre mesure, la Fondation Sida Info Doc Suisse. L'OFSP et l'ASS se distinguent par les activités qu'ils fournissent: l'Office réalise un travail de type compréhensif touchant tous les aspects - et surtout ceux plus techniques - du vih/sida alors que l'Aide Suisse contre le Sida a avant tout des activités de prévention. Si certains acteurs nationaux ne sont pas mentionnés dans cette figure, c'est qu'ils ne collaborent que marginalement avec d'autres acteurs sida et qu'ils sont soit intégrés dans d'autres réseaux, soit exclus du réseau sida en raison de positions opposées à celles de la majorité des acteurs sida. Ceci est par exemple le cas pour l'Association des droits et devoirs des positifs (ADDEPOS), association rattachée au Patriarce et qui est exclue du réseau sida pour ses méthodes de traitement des toxicomanes et pour son refus de toute prévention du vih/sida par la distribution de

seringues et de méthadone. Il en va de même pour l'association Aids Aufklärung Schweiz qui est critiquée pour ses demandes aux autorités publiques d'une politique répressive à l'égard des personnes touchées par le vih/sida (nous discuterons plus en détail les controverses soulevées par cette association dans le chapitre consacré à Zurich).

## **Conclusion**

Pour résumer, nous pouvons distinguer trois phases dans l'évolution du réseau national. Dans une première phase - qu'on pourrait appeler la "première épidémie" -, les organisations d'homosexuels s'organisent unilatéralement pour lutter contre le vih/sida, de même que l'administration fédérale met sur pied un programme minimum. Et comme jusqu'en 1986 le vih/sida n'est pas un enjeu public, l'épidémie est reléguée à des discussions internes à l'administration et aux organisations homosexuelles. Dans une deuxième étape que l'on peut qualifier de "réveil de l'épidémie", la discussion sur le vih/sida s'élargit. Avant même que l'ASS se soit constituée, l'OFSP prend des contacts avec ses responsables afin de mettre sur pied une action préventive. L'Office fédéral de la santé publique considère en effet le mouvement homosexuel comme un partenaire décisif alors que celui-ci, du fait de la faiblesse dans laquelle il se trouve dans les années 1980, voit dans l'OFSP la solution pour se donner les moyens d'agir. C'est aussi à cette époque que les premières mesures étatiques sont prises, notamment dans le cadre du dépistage du vih. Mais on devra attendre encore une année et demie pour entrer dans la phase de "réaction à l'épidémie", marquée par le début de la campagne Stop-sida et le déblocage de fonds destinés à la lutte anti-sida.

Ce décalage entre la prise de conscience de la maladie par l'administration fédérale et le début de la campagne s'explique par l'inexistence d'une structure nationale permettant d'administrer une situation de risque telle que celle du vih/sida au niveau national. Pendant cette période, l'administration fédérale a dû favoriser l'émergence d'un consensus politique pour rendre possible une réponse institutionnelle centralisée permettant de réagir de façon dirigiste et globale. C'est seulement lorsque ce consensus a été atteint autour de la Loi sur les épidémies qu'une réelle politique en matière de vih/sida a pu être entreprise. Parallèlement à la mise sur pied de la campagne d'information et de prévention de l'OFSP, la Confédération a déblocqué toute une série de subventions pour favoriser la prise en charge du vih/sida par les agents intermédiaires confrontés à ce problème.

Ainsi, plutôt que de parler d'une coévolution de la prise en charge du vih/sida entre l'Etat et les expressions organisationnelles de la société comme nous l'avons suggéré dans

l'analyse des données agrégées, nous estimons que, au niveau national, c'est l'administration qui est l'instigatrice de la prise en charge du vih/sida. Plus précisément, si les agents intermédiaires sont très rapidement actifs dans le réseau national suisse, ils profitent des subventions étatiques et participent ainsi à la politique nationale en matière de vih/sida. De plus, l'administration fédérale a pris d'importantes initiatives pour inciter une série d'organisations intermédiaire du système social suisse à intégrer des programmes précis relatifs au vih/sida et, parfois, elle a même créé de telles organisations. Si l'on peut donc parler de réactions "coévolutives", il convient néanmoins de nuancer le rôle des organisations intermédiaires qui ont réellement développé leurs activités seulement lorsqu'une politique publique en matière de vih/sida et des programmes ont pu être énoncés.

### **8. La maîtrise du vih/sida à Berne**

Le canton de Berne, deuxième canton suisse par sa superficie (6049 km<sup>2</sup>) et sa population (940'000 habitants), avec en son centre la ville de Berne (quatrième ville et capitale de la Suisse), est relativement peu touché par le vih/sida. Jusqu'à la fin 1992, 274 cas de sida ont été déclarés ainsi que 1600 personnes séropositives - l'équivalent de 28 malades du sida et de 168 personnes séropositives pour 100'000 personnes - ce qui fait de Berne un canton comparable aux cantons ruraux ou semi-urbains tels que Bâle-campagne (30 cas de sida sur 100'000 habitants), Jura (30 cas) ou Neuchâtel (33 cas).

Mais comment s'expliquer ces chiffres? Est-ce que Berne est un modèle pour sa politique en matière de vih/sida? En effet, la réaction du canton face au vih/sida représente un des modèles les plus discuté en Suisse. De plus, le canton a réagi assez rapidement en comparaison avec d'autres cantons. Pour schématiser cette réaction considérée comme exemplaire, on peut diviser la politique en matière de vih/sida en deux phases, toutes deux initiées par des interventions parlementaires au Grand conseil bernois.

#### **Constitution du réseau bernois**

Dans une première phase, commençant en 1985 et essentiellement consacrée à l'élaboration de l'information, les autorités politiques du canton décident d'informer la population sur une base très large et cela avant même que la Confédération lance sa campagne d'information. Cette intervention est accompagnée par différentes mesures parallèles, à savoir: l'institution d'un groupe scientifique interdisciplinaire dans le cadre de la Direction de la santé cantonale dans lequel on trouve des médecins spécialistes, des

éducateurs, des experts de la drogue et des représentant de l'antenne cantonale; l'introduction d'un test vih pour les dons de sang; la distribution de feuilles de renseignements sur les règles de comportement pour les professionnels de soins de santé, pour les laboratoires, pour la police, pour les communautés thérapeutiques et pour les prisons; l'élargissement du laboratoire de référence pour les test vih et d'un laboratoire de recherche d'immunologie; le soutien financier de l'Antenne bernoise de l'Aide Suisse contre le Sida (Aids-Hilfe Bern - AHBe; l'antenne a reçu 7'000 sFr. en 1985 lors de sa constitution et 47'000 sFr. en 1986, ce qui représente des sommes modestes mais dotées, à cette époque, d'une importance symbolique). C'est aussi pendant cette première période que le parlement bernois a demandé à l'administration d'établir un concept clair en matière de vih/sida, concept qui sera accepté à la fin 1986.

C'est ainsi qu'à partir de 1987, les autorités politiques tenteront de mettre en pratique le concept établi par l'administration bernoise. Il est décidé de suivre la division du travail proposée par le médecin cantonal. Plus précisément, les aspects de traitement de l'infection sont assurés par des institutions publiques alors que les aspects non-médicaux sont laissés à l'initiative privée. En conséquence, des Bases de référence régionales (regionale Stützpunkte) sont créées dans les cinq hôpitaux régionaux du canton afin de répondre aux besoins des personnes touchées par le vih/sida et de donner une information sur la maladie. Ces bases de référence régionales - chacune dotée d'un poste et demi - ont pour tâche la prévention, les soins de santé, le soutien psychologique et la création de réseaux d'aide. La mise sur pied d'un Bureau de coordination cantonal pour les problèmes liées au sida (Kantonale Koordinationsstelle für Aidsprobleme), avec à sa tête un délégué pour les questions liées au sida, accompagne la création de ces bases régionales. Ce Bureau de coordination a été constitué pour offrir des activités de formation et de mise à jour destinées aux employés des bases régionales. Du fait de l'importance du vih/sida en ville de Berne, c'est la base liée à l'hôpital universitaire de Berne - dans laquelle la consultation vih/sida est conduite par un groupe interdisciplinaire de spécialistes - qui a été mise sur pied la première. Les autres bases de référence ont démarré quelques temps plus tard, en 1987 à Langenthal, Thun et Bienne et, en 1990, à Interlaken.

Le modèle bernois de la prise en charge médicale du vih/sida repose donc sur la décentralisation des unités de consultation vih/sida gérées par une coordination centrale dont la tâche principale - essentiellement réalisée par les bases régionales - est le travail avec les personnes concernées et la prévention directe (ligne téléphonique, conseils). La prévention générale (campagne d'information, etc.) est, par contre, assurée par le

Département de l'instruction publique qui élabore une documentation et du matériel didactique pour les écoles primaires et secondaires ainsi que pour les écoles professionnelles (le matériel didactique élaboré par le canton de Berne sert de référence pour d'autres cantons comme nous l'a montré le tableau 6.6). Toutes les écoles du canton sont en effet obligées d'introduire la prévention dans leurs programmes liées au vih/sida ce qui permet une large diffusion du message préventif et une intégration des programmes de l'OFSP.

Cette réaction de la part de l'Etat de Berne est donc globale et couvre autant les domaines de la prise en charge médicale que ceux de la prévention. Elle ne se substitue toutefois pas à l'intervention des agents intermédiaires bernois actifs dans la lutte anti-sida. En effet, la politique gouvernementale du canton de Berne est devenue effective seulement à partir de 1987/88, ce qui a poussé, en 1985 déjà, les homosexuels bernois des Groupes de base homosexuels (Homosexuelle Arbeitsgruppen Bern - HAB) à créer une organisation spécialisée en matière de vih/sida. D'autre part, les organisations polyvalentes travaillant dans le champ de la drogue ont été forcées, dès l'apparition du sida, à réagir face à ce problème touchant largement les toxicomanes. C'est notamment le cas de la Fondation Contact Bern - spécialisée sur les questions relatives à la drogue - qui a introduit des programmes concernant le vih/sida dès 1985. Enfin, le concept en matière qui sert de base à la politique sida du canton laisse une place importante pour les organisations intermédiaires en les chargeant des activités de prise en charge psychosociale. Pour résumer, on peut distinguer, dans le canton de Berne, deux moments cruciaux dans l'évolution du réseau:

- l'apparition du vih/sida a pour conséquence une vive réaction de la part des groupes d'homosexuels d'abord, de l'antenne cantonale ensuite. Ces acteurs font un travail intensif de lobbying pour changer la situation de carence dans l'intervention publique (autant dans le domaine de la prévention - à l'école par exemple - que dans celui des soins). Ceci montre le rôle de groupe d'intérêts que prennent les organisations sans but lucratif lorsque l'intégration sociale de certains groupes est mise en danger. Parmi les structures publiques les premières réactions sont venues des hôpitaux et de leurs unités de recherche.
- Après la décision politique de 1987 portant sur la création et le financement de centres de consultation vih/sida dans les hôpitaux régionaux ainsi que sur l'élaboration et l'introduction de programmes de prévention dans les écoles publiques, l'Etat bernois (en particulier l'administration) prend un rôle plus actif et concrétise le concept établi par le médecin cantonal (et approuvé par le parlement). Dès lors, l'Etat marque de son empreinte le réseau bernois avec une politique consciente. Cette situation n'est pas exceptionnelle dans le cadre de la lutte anti-sida en Suisse, ce que nous verrons plus loin. Cependant, Berne

constitue une exception quant à la rapidité d'élaboration d'une politique claire.

### **Le réseau bernois**

Dans ce contexte d'une politique consciente élaborée par l'administration, le réseau bernois compte, fin 1990, 21 organisations et institutions avec des programmes vih/sida. La majorité d'entre elles, c'est-à-dire douze acteurs, sont des services publics. Six organisations existaient déjà avant l'apparition du vih/sida et sont aussi actives dans des domaines autres que celui du vih/sida (organisations polyvalentes) et trois sont des organisations spécialisées traitant uniquement des problèmes liés au vih/sida.

Du fait de l'ampleur du canton, il est important de considérer la distribution territoriale de ces organisations et institutions (figure 8.1). Tout d'abord, on constate sans surprise qu'une grande partie des acteurs sida du canton (onze) se trouvent dans la ville de Berne. D'autre part, on constate que la distribution de services vih/sida dans le canton est avant tout garantie par les services publics, notamment à travers la présence des bases de référence dans les hôpitaux régionaux. Les organisations privées se trouvent par contre uniquement dans l'axe le plus peuplé du canton se situant entre Bienne et Langenthal.

***Figure 8.1:** répartition territoriale des organisations et institutions dans le canton de Berne (état fin 1990)*

En ce qui concerne les activités réalisées par les différentes organisations - indépendamment de leur localisation - on observe dans le canton de Berne une division du travail entre les organisations publiques et privées analogue à celle que l'on trouve en Suisse au niveau agrégé. Plus précisément, les activités de recherche sont accomplies par des structures publiques et les activités de défense d'intérêt et de récolte de fonds sont surtout réalisées par les agents intermédiaires. Par contre, on constate que les activités liées à la prévention et aux soins des personnes concernées par le vih/sida sont à la fois réalisées par des services publics et des organisations privées.

***Figure 8.2:** réseau bernois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)*

Plus encore que la description de la division du travail, la forme du réseau bernois schématisée dans la figure 8.2 fait ressortir la distinction entre acteurs privés et publics qui caractérise le modèle bernois de lutte anti-sida. En effet, on observe très clairement un réseau avec deux centres - les antennes de l'ASS et la Coordination cantonale - qui communiquent entre eux mais qui coordonnent chacun deux sous-réseaux se distinguant

par leur statut légal. Cette division du travail entre un sous-réseau public et un sous-réseau privé ne débouche cependant pas sur une concurrence entre les différents acteurs présents dans le champ. On assiste plutôt à une coopération entre les directions des antennes sida et de la Coordination cantonale ainsi qu'entre les consultations cantonales d'une part et les collaborateurs des organisations non lucratives d'autre part. Seule l'association nationale Aids Aufklärung Schweiz, liée à une secte opérant dans le canton de Zurich (voir chapitre 12) et intervenant sur la politique menée dans le canton à travers l'Association des médecins du canton de Berne se trouve dans une situation de concurrence qui se traduit, fin 1990, par une position en marge du réseau et de la politique cantonale en matière de vih/sida.

### **Conclusion**

Dans le canton de Berne, le welfare mix est donc particulièrement marqué par deux sous-réseaux coexistant (l'un composé par des acteurs publics; l'autre par des privés). Cette situation ne semble pourtant pas nuire à la diffusion de la prise en charge et de la prévention du vih/sida dans le canton, les autorités cantonales (et de la ville de Berne) ayant eu une réaction opportune en créant des Consultations sida dans le canton. Elles ont par ailleurs concédé dès le départ des subventions à l'antenne de l'ASS qui, en 1985, était en train de mettre sur pied les services de base pour une maîtrise du vih/sida. Et les subventions régulières allouées dès lors à l'antennes cantonales sont aussi un signe d'une politique consciente de la part des autorités cantonales. Même si les premiers financements dans les années 1986/87 étaient modestes, ils ont augmenté régulièrement pour atteindre des sommes plus que correctes (en 1991 elles étaient passées à plus de 400'000 sFr.). Cette augmentation a permis à l'antenne cantonale de promouvoir de nouvelles initiatives et de compléter les services mis en place par le Canton (de type plutôt médical).

La politique concernant la diffusion de la lutte anti-sida chez les toxicomanes a elle aussi, en comparaison avec d'autres cantons, été rapidement mise en place. La politique bernoise a en effet autorisé très tôt la distribution gratuite de seringues, de même qu'elle a favorisé les programmes de méthadone. Et plus tard, le Canton a continué à défendre une politique libérale dans le champ de la drogue en autorisant par exemple la distribution des seringues dans les prisons ou en revendiquant le changement de la loi nationale sur les stupéfiants afin que des expériences de distribution d'héroïne soient possibles.

Ainsi, dès le départ, ce qui peut apparaître comme l'utilisation du principe de

subsidiarité (les organisations privées réagissent les premières) appartient en fait à une politique publique claire. Dès le départ, les organisations privées sont intégrées dans la politique de l'Etat, intégration formalisée en 1987 avec le concept de prise en charge de l'épidémie établi par l'administration cantonale. Cependant, la crise financière qui touche la Suisse - et le canton de Berne en particulier depuis 1990 - risque de constituer un obstacle à la stabilisation du travail accompli dans le réseau ainsi qu'à l'intégration de nouveaux services - comme par exemple une maison d'accueil pour malades du sida. En effet, la décision d'une diminution linéaire du budget cantonal touchera de plein fouet le champ du vih/sida et aura certainement des effets sur l'amélioration du travail déployé jusqu'à présent.

### **9. La maîtrise du vih/sida à Genève**

2862 personnes séropositives et 383 cas de sida sont recensés à Genève (état fin 1992). Le canton compte ainsi 763 personnes séropositives et 102 cas de sida pour cent mille habitants, ce qui fait de lui, en chiffres relatifs, le canton le plus touché par le vih/sida. La nature de canton-ville de Genève entre sans doute de manière décisive dans cette forte prévalence, mais n'explique pas à elle seule la diffusion de l'infection. En effet, Bâle-ville qui partage avec Genève certaines caractéristiques est moins touché par le vih/sida (pour cent mille habitants, on compte 407 personnes séropositives et 82 cas de sida). Ainsi, on peut penser que d'autres aspects plus directement liés à la politique genevoise en matière de vih/sida peuvent avoir un impact sur le nombre de personnes touchées par le vih/sida.

#### **Premières réactions et constitution du réseau genevois**

C'est en 1985 que les premières réactions à l'égard du vih/sida dans le canton de Genève se développent. Dans le milieu homosexuel, tout d'abord, l'association Dialogai voit sa ligne téléphonique mise en place en 1984 et destinée à des problèmes généraux liés à l'homosexualité débordée par des questions relatives au vih/sida. Les responsables de l'association, à l'image des débats qui se déroulent au niveau national et dans d'autres cantons, voient dans un premier temps le sida comme une menace pour les acquis des années soixante-dix en raison des réactions de stigmatisation qui y sont liés. Mais, très rapidement, ils décident d'introduire des activités reliées au vih/sida et de se rattacher à la toute nouvelle Aide Suisse contre le Sida, en devenant ainsi la première antenne du canton. Une deuxième réaction se cristallise dans le milieu des prostituées qui sont particulièrement concernées par le vih/sida. L'association Aspasia travaillant avec les

prostituées depuis 1982 introduit dans ses structures un groupe sida dans lequel des questions liées à la maladie sont débattues et les prostituées peuvent se soumettre au test vih.

Une troisième réaction vient de l'Etat qui, à ce moment, prend conscience du défi posé par le vih/sida. En octobre 1985, le chef du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique donne une conférence de presse, entouré des représentants de Dialogai et d'Aspasie, dans laquelle il annonce les grandes lignes de la politique genevoise en matière de vih/sida qui sont de porter les consignes de l'Office fédéral de la santé publique énoncées la même année, éviter les discriminations et veiller à ce qu'on trouve les moyens pour mettre en place les dispositifs nécessaires. Suite à cette première réaction étatique, le gouvernement genevois allouera, en 1986, une subvention de 10'000 sFr. à Dialogai. Cette subvention reste modeste si on la compare avec les 50'000 sFr. qu'a reçu l'antenne zurichoise de l'ASS en 1985 ou avec les 47'000 sFr. qu'a reçu l'antenne bernoise en 1986. Le faible montant de cette première subvention vient du fait qu'elle est destinée à une association d'homosexuels (la seule, à part Aspasie, à se préoccuper du vih/sida), ce qui risque de politiser la maîtrise du vih/sida et de porter préjudice à toute mesure prise dans le sens d'une limitation de la diffusion de l'infection. Ainsi, il a été préféré de tirer la subvention du droit des pauvres - limitée à 10'000 sFr. et dont la distribution relève de la compétence du gouvernement - afin d'éviter une trop grande politisation en descendant dans l'arène parlementaire. Une dernière réaction vient du médecin cantonal qui, la même année, forme spontanément, de manière informelle, une Commission cantonales pour les questions liées au sida qui réunit les différents acteurs (publics et privés) concernés par le vih/sida et constitue ainsi une plate-forme de discussions.

Mais, devant la montée du vih/sida (en 1985, on compte 5 cas de sida à Genève, en 1986 on trouve 8 cas et, en 1987, 29 cas), cette situation précaire n'est plus tenable. Que ce soit pour des informations ou un soutien moral, de nombreuses personnes ne se reconnaissent ni dans Dialogai ni dans Aspasie et le besoin d'une organisation "neutre" se fait ressentir. Autant les personnes actives dans la lutte contre le sida que les représentants de l'administration sont conscients qu'il faut accroître les montants destinés à la limitation de la diffusion du vih/sida, malgré le climat politique. Dans ces conditions, le Département de la santé publique demande aux organisations déjà présentes dans le champ de s'organiser en une sorte de fédération "neutre" qui pourrait être plus aisément subventionnée. Finalement, sur le terrain, c'est une deuxième antenne de l'Aide Suisse contre le Sida qui prend forme, à savoir le Groupe Sida Genève (GSG). A la fin 1986, un

projet de loi allouant une subvention au GSG de 60'000 sFr. pour l'exercice 1987 et de 140'000 sFr. pour 1988 est voté par le Grand Conseil genevois qui suit de la sorte la ligne décidée au niveau national. Dès lors, c'est le GSG qui rétrocède une partie de sa subvention à Dialogai (en 1990, Dialogai a reçu environ 120'000 sFr. des autorités cantonales au travers du GSG). Par ailleurs, pour faire face à l'augmentation de la charge médicale induite par le vih/sida, cette loi alloue une subvention de fonctionnement de 890'000 sFr. à l'hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG), ce qui témoigne de la place importante du secteur médical dans le système de santé genevois et dans la lutte contre le vih/sida (ainsi que, de manière plus générale, la différence des coûts engendrés par le secteur médical et celui de l'aide sociale).

L'adoption du projet de loi allouant des subventions au GSG et à l'hôpital marque la fin des controverses politiques et le début de la mise en oeuvre de la politique sida décidée en 1985. Des montants toujours plus importants sont débloqués pour la lutte anti-sida. Le GSG et Dialogai voient leurs subventions s'accroître au fil des ans ce qui leur permet de développer de nouvelles activités, accompagnées d'une professionnalisation (d'un quart de poste en 1987, le GSG passe, en 1990, à trois postes complets; en 1988, Dialogai engage un secrétaire à temps partiel).

C'est aussi à partir de cette date que de nouvelles structures se créent. En 1988, l'hôpital met en place une Consultation sida. Cependant, on ne trouve pas à Genève de services pour les malades du sida qui ne nécessitent que des soins primaires. C'est pourquoi les organisations soeurs Sid'Aide et Sid'Accueil sont fondées par diverses personnalités du champ et du milieu économique. Sid'Aide prend la forme d'une fondation dont les premières actions viseront à récolter des fonds destinés à l'achat et à la gestion d'une maison d'accueil pour malades du sida en fin de vie, maison gérée par l'Association Sid'Accueil. Cette initiative constitue un projet pilote de deux ans et demi au terme desquels plusieurs problèmes mettent en cause la continuation du projet. A côté de problèmes liés notamment à l'architecture de la maison et à la fréquentation en moyenne inférieure à ce qui avait été prévu, des problèmes financiers se font jour: les fonds de Sid'Aide ne suffisent plus et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) décide de cesser l'octroi de subsides d'invalidité aux personnes malades du sida. En conséquence, et la Ville et le Canton préfèrent ne pas répondre aux demandes de subventions de Sid'Accueil, la charge à supporter étant trop lourde. Ce n'est que plus tard, après que le Tribunal des assurances ait annulé la décision de l'OFAS, que le projet est remis sur le métier par le Département de la santé publique et débouchera, en 1993, sur l'ouverture

d'un centre de soins palliatifs pour jeunes patients.

C'est aussi à cette époque que, d'une conception de la prise en charge des toxicomanes exclusivement tournée vers le sevrage, on passe à une optique favorisant la réduction des risques. Dans les faits, ceci signifie l'introduction de l'échange de seringues dans les pharmacies et la résolution du "conflit de la méthadone" qui a marqué le champ de la toxicomanie genevois pendant plus de dix ans (voir Malatesta 1991). Par exemple, la Division pour toxicodépendants des Institutions universitaires de psychiatrie genevoise (IUPG) intègre des programmes de méthadone dès 1989.

### **Structure du réseau genevois**

Cinq ans après les premières réactions, les acteurs dotés de programmes vih/sida constituent un réseau de lutte anti-sida composé de douze services publics, de trois organisations privées spécialisées et de quatre organisations privées polyvalentes, réseau que nous avons tenté de schématiser dans la figure 9.1. Contrairement au canton de Berne où les acteurs privés et publics ne collaborent que peu entre eux, on voit que les acteurs travaillant dans le domaine du vih/sida, qu'ils soient publics ou privés, ont de nombreux contacts entre eux. Il s'agit le plus souvent d'échanges d'informations et de clients (ceci est notamment le cas pour les contacts que pratiquement toutes les organisations entretiennent avec l'hôpital cantonal universitaire qui constitue ainsi un centre de référence médicale). Cependant, la coordination reste limitée: le seul centre de coordination semble être la commission cantonale pour les questions liées au sida qui regroupe tous les acteurs du champ. Mais, cette commission constitue avant tout un lieu de rencontre et ne se réunit que quelques fois par an. Elle a toutefois le mérite de réunir les gens et de susciter des actions communes. En effet, petit à petit, à partir de 1990, des collaborations et des projets regroupant différents acteurs publics et privés semblent se développer tels que le Programme interinstitutionnel de prévention (PRIP) et le programme du Bus Itinérant Prévention Sida (BIPS). Il faut aussi noter le rôle de coordination pris par le GSG qui organise des rencontres entre les acteurs socio-médicaux travaillant en relation avec le vih/sida. Mais ici encore, le rôle se limite à l'animation de discussions et de réflexions. Ainsi, plutôt que d'avoir un centre de coordination fort comme c'est le cas pour le canton de Berne, le réseau genevois connaît plusieurs centres de coordination. Et c'est délibérément que l'Etat n'a pas créé une telle structure de coordination, sa politique étant d'intégrer le vih/sida dans les institutions existantes et, éventuellement, dans une politique de prévention plus large.

**Figure 9.1** réseau genevois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)

- (a) Service d'aide familiale  
SASCOM (Croix-Rouge)
- (b) Hospice général  
Tuteur général  
Planning familial (CIFERN)
- (c) Service de santé jeunesse  
Service de la protection de la jeunesse

## **Conclusion**

De manière générale, l'histoire de la constitution et de la consolidation du réseau sida dans le canton de Genève témoigne de la place modeste qu'occupe l'Etat dans le welfare mix en matière de vih/sida. Celui-ci adopte, selon les termes d'un fonctionnaire, un "profil bas" et se limite à subventionner les acteurs sida et, dans certains cas, à inciter la création de structures. Contrairement à Berne, aucun concept n'a été dessiné et la politique en matière de vih/sida repose en large partie sur l'initiative privée. Cependant, la solution adoptée par les autorités genevoises ne relève pas de la subsidiarité que l'on retrouve traditionnellement dans le champ social suisse car l'administration "utilise" les organisations privées. En clair, elles sont intégrées dans une politique inspirée des programmes de l'Office fédéral de la santé publique.

Ce style politique se démarque de ce qui a été fait jusqu'alors dans les domaines sociaux et sanitaires dans le canton de Genève. En effet, jusqu'à la fin des années soixante-dix, la politique sociale était principalement le fait des grandes institutions publiques et le système sanitaire était essentiellement hospitalo-centriste, la prévention restant marginale. C'est seulement depuis la fin des années 1970 et le début des années 1980 qu'une offre de services sociaux différenciés, en dehors des grandes institutions publiques, s'est développée. Ainsi, l'Etat a dû apprendre la complémentarité et le travail en partenariat. De plus, à partir de la fin des années 1980 (et peut-être le sida a-t-il aidé à cette transformation), le rôle de la prévention a pris en importance et, là encore, l'Etat a dû apprendre à collaborer avec le secteur privé. En effet, les messages de prévention s'adressent souvent à des groupes marginalisés et ce sont surtout des acteurs privés qui sont le plus à même de donner un impact à ces messages.

Dans les faits, ce profil bas de l'Etat s'est concrétisé par une présence rapide de l'Etat dans la lutte anti-sida. L'exécutif genevois a en effet (sur les conseils de son administration), dès 1985, pris les mesures nécessaires sans pour autant marquer le réseau de son empreinte. Par ailleurs, il a évité toute politisation du problème, ce qui, dans un

premier temps, a ralenti la mise en oeuvre d'une politique sida. Par la suite, même si l'administration a fait des signes aux acteurs, et a parfois même développé des projets, elle a toujours laissé les professionnels s'organiser et se mettre d'accord entre eux. Ainsi, bien que l'Etat souhaitait la formation d'un groupe tel que le Groupe Sida Genève, celui-ci a été formé par des professionnels du champ, en réponse aux besoins et aux lacunes du champ. Cette attitude de l'Etat évitant toute politisation et laissant au champ le soin de s'auto-organiser (mais incitant et soutenant cette auto-organisation) est aussi visible dans le domaine de la toxicomanie où l'exécutif n'a pas pris de position tranchée à l'égard de la réduction des risques et d'une décriminalisation, mais a préféré adopter une position médiane laissant une ouverture à tous les acteurs.

Cette politique a pour avantage de ne pas exclure du jeu toute une série d'acteurs en opposition avec une ligne de conduite sévère comme c'est le cas - nous le verrons plus bas - dans le canton de Vaud. En intégrant au maximum les professionnels du champ dans le débat - Malatesta, Joye et Spreyemann (1992) parlent d'un débat fermé et intégrateur - les autorités cantonales ont favorisé une gestion pragmatique du vih/sida où l'administration et les professionnels du champ jouent un rôle primordial. Cette stratégie a sans doute porté ses fruits. En effet, en dépit de la période d'intolérance dans laquelle les premiers éléments de lutte anti-sida ont été mis en place, l'Etat a su contenir les débats et faire accepter une politique ayant en son centre la lutte contre les discriminations, notamment à l'égard de minorités. De même, les programmes de méthadone à seuil bas d'accessibilité et de distribution de seringues à large échelle ont été introduits sans provoquer de larges débats comme ça a été le cas à Zurich autour du Platzspitz. Cependant, une telle politique a pour désavantage d'occasionner certaines lenteurs, ce qui pourrait expliquer la forte prévalence du vih/sida dans le canton de Genève. Il a en effet fallu attendre 1987 pour qu'une subvention à la hauteur des problèmes occasionnés par le vih/sida soit allouée à la lutte anti-sida, quatre ans après que les premiers cas aient été découverts en Suisse. C'est aussi seulement en 1991 qu'un véritable programme dans le domaine de la toxicomanie et du sida a été mis en place (par la création du Bus Itinérant Prévention Sida) alors que le Groupe Sida Genève en a développé le projet déjà en 1987). En effet, même si l'administration se montre ouverte pour soutenir toute une série de projets, les efforts de persuasion des professionnels (et, dans une moindre mesure des fonctionnaires impliqués) à l'égard du politique (ce sont en effet les parlementaires qui décident de l'allocation des subventions) retardent l'adoption de mesures. De plus, la tendance observée ces dernières années à favoriser des programmes interinstitutionnels ou interorganisationnels - qui sont

souhaitables pour systématiser l'intervention dans le champ - sont confrontés aux mêmes problèmes. En effet, les négociations entre les différents acteurs en présence occasionnent certaines lenteurs qui peuvent toutefois être surmontées par l'apprentissage de la coopération.

### **10. La maîtrise du vih/sida à Lucerne**

Le canton de Lucerne assume la prise en charge et la prévention du vih/sida pour l'ensemble de la Suisse primitive, ce qui fait de lui un modèle important pour cette problématique. De plus, dans les cantons voisins, il n'existe pas de services comparables à ceux fournis dans le canton de Lucerne et Lucerne est la seule ville importante de la région si l'on parle en termes de concentration de population et de péri-urbanisation. Cette particularité caractérise la maîtrise du vih/sida dans le canton: les décisions prises au niveau du canton ont un impact sur toute la région comprenant Unterwald, Uri et une partie de Schwytz. Cette situation a pour conséquence de responsabiliser la politique menée à Lucerne et d'ouvrir à l'antenne cantonale des possibilités supplémentaires de financement.

D'un point de vue épidémiologique, la diffusion du vih/sida dans le canton de Lucerne reste faible en comparaison avec les cantons urbains. A la fin 1992, on comptait 49 cas de sida et 194 cas de séropositivité, ce qui correspond à 15 cas de sida et à 61 tests séropositifs pour 100'000 habitants alors que la moyenne suisse se situe à 43 cas de sida et 255 cas de séropositivité pour 100'000 habitants. Si on inclut le reste de la Suisse primitive - c'est-à-dire Unterwald, Uri et Schwytz qui jouissent d'une partie des services mis en place dans les cantons de Lucerne - la prévalence du sida reste stable (16 cas sur 100'000 habitants) mais celle des cas de séropositivité est particulièrement basse (18 cas sur 100'000). En ce qui concerne la maîtrise organisationnelle du vih/sida dans le canton, elle est limitée à quelques organisations et institutions. Il existe néanmoins toute une série d'organisations et d'institutions traditionnelles confrontées au problème qui n'ont pas pour autant introduit de programmes spécifiques au vih/sida. Fin 1990, le réseau des organisations et institutions traitant spécifiquement du vih/sida est composé de 22 organisations et institutions, 15 ayant un statut public et 7 étant privées (la seule organisation spécialisée en matière de vih/sida est l'antenne lucernoise de l'ASS). Le réseau plus large compte, quant à lui, plus de quarante organisations et institutions (parmi lesquelles plus de la moitié sont publiques).

## **La mise en place du réseau lucernois**

L'histoire de la maîtrise du vih/sida débute en 1985 et traverse deux phases. La première phase, qui dure jusqu'en 1987/88, est caractérisée par une évolution parallèle et distincte de deux réalités organisationnelles.

*D'une part*, un groupe de travail privé promu par la Société des médecins du canton (Ärztegesellschaft des Kantons Luzern) se forme en 1985. Devant le constat d'un manque d'informations médicales sur la maladie et devant l'insécurité des médecins, le but de ce groupe de travail est, dans un premier temps, de discuter des implications strictement médicales de la maladie. Si beaucoup de membres de ce groupe sont des médecins privés, des médecins responsables des services et institutions du système sanitaire cantonal en font aussi partie, ainsi que les directeurs des différents hôpitaux cantonaux et le médecin cantonal. Dans cette première phase allant jusqu'en 1987/88, ce groupe de travail est le partenaire de discussion principal des instances étatiques cantonales ainsi que communales et des structures religieuses pour les questions liées au vih/sida.

*D'autre part*, les Groupes de base homosexuels de Lucerne (HaLu) et les assistants sociaux engagés dans la lutte contre la drogue (en premier lieu dans le cadre du Drogenforum Innerschweiz) décident, à la fin de 1985, d'organiser une assistance minimale pour les personnes faisant partie des "groupes à risque", c'est à dire les homosexuels et les toxicomanes. En mars 1986, le même milieu décide de former une antenne cantonale de l'Aide Suisse contre le Sida (la Aids-Hilfe Luzern - AHLu) qui disposera d'une ligne téléphonique d'informations et qui deviendra vite le centre de communication du réseau des organisations privées non traditionnelles du canton. La mise sur pied de cette antenne a buté sur de nombreux obstacles: il a été difficile de trouver des locaux convenant au travail de l'antenne et le gouvernement lucernois ne semblait pas disposé à donner une aide immédiate. C'est finalement grâce à l'intervention financière et matérielle de l'Aide Suisse contre le Sida et de l'Office fédéral de la santé publique que les activités de la nouvelle antenne ont pu démarrer. Cette aide de départ venant d'acteurs *nationaux* a été fondamentale pour une mise en place du réseau lucernois dans des temps utiles. En effet, interpellées à l'égard du vih/sida, les autorités lucernoises estimaient qu'une aide financière publique pour soutenir les interventions des organisations privées dans le champ serait tout à fait justifiée, mais seulement *après* que celles-ci se soient formées (ce qui correspond à la logique d'intervention dans le social qui prédomine dans le canton de Lucerne marquée par le principe traditionnel de la subsidiarité). L'aide de départ octroyée à l'antenne lucernoise de l'Aide Suisse contre le Sida par des acteurs

nationaux n'occasionne ainsi ni remords ni contestations parmi les autorités cantonales (les programmes financés ne délégitiment en effet pas l'action menée jusqu'alors par le Canton) et c'est seulement après le début de ses activités que le canton de Lucerne (de même que les cantons limitrophes qui bénéficiaient des services de l'antenne) octroie des subventions à la nouvelle association - qui devient alors subventionnée à 90%.

Cette situation de deux réseaux distincts (celui s'étant formé autour de la société des médecins et celui autour de l'antenne de l'Aide Suisse contre le Sida) avec peu de contacts a persisté jusque vers la fin de 1987. Ce sont différents facteurs intervenant sur les deux réseaux qui ont amené, à partir de cette date, à une meilleure intégration des deux sous-réseaux.

Dans le réseau que l'on peut qualifier d'officiel, le groupe de travail instauré par la société des médecins abandonne petit à petit la perception dramatique du problème du vih/sida qu'il avait lors de sa constitution pour adopter une perception plus réaliste, caractérisée par une vision plus globale. Ce sont essentiellement les demandes formulées par le Département de l'instruction publique et par les prisons qui poussent le groupe à changer de perspective, bien que des réponses concrètes aux questions soulevées manquent encore. Ainsi, au début du 1987, le groupe de travail élabore, en collaboration avec le Département de la santé et le Département de l'instruction publique, une feuille d'informations sur le vih/sida distribuée à tout le corps enseignant du canton ainsi qu'aux élèves des écoles supérieures et professionnelles. Mais le contenu de cette feuille d'information est minimal et ne réussit pas à satisfaire le besoin d'information existant dans le canton (suite notamment à l'augmentation d'interpellations parlementaires concernant le vih/sida), et surtout dans les écoles. Ainsi, les autorités cantonales s'adressent une nouvelle fois au groupe de travail en lui demandant d'approfondir la première feuille.

A partir de 1987, le groupe de travail est toujours plus utilisé comme un organe consultatif du gouvernement, ce qui crée des problèmes légaux liés à son statut privé. En conséquence, le gouvernement cantonal décide de transformer le groupe de travail constitué par l'association de médecins en une commission étatique comprenant des experts de plusieurs domaines. Cette transformation, en novembre 1987, se fait sans problèmes: le président du groupe de travail devient le président de la commission et la continuité du travail est garantie par une simple croissance des membres du groupe. Il est par ailleurs intéressant de noter que cette institutionnalisation augmente l'impact du groupe sur les efforts de maîtrise du vih/sida dans le canton de Lucerne.

En ce qui concerne le réseau, disons informel, créé autour de la jeune antenne du canton, la feuille d'information produite par le groupe de travail, ainsi que la campagne nationale Stop-sida qui vient d'être lancée se répercutent sur les structures mises en place. Le service téléphonique établi par l'antenne lucernoise est complètement surchargé et l'organisation doit faire face à des problèmes de compétences et de performances limitées. Cette situation force l'antenne à changer de philosophie. Le volontariat ne semble pas approprié pour affronter le défi d'une prévention globale et d'une assistance pouvant répondre aux besoins des personnes touchées par le vih/sida dans le canton. En conséquence, à la mi-mai 1987, l'antenne décide de se professionnaliser et de mieux conceptualiser son travail.

Ces deux évolutions allant vers une réflexion et une action plus globales dans le champ du vih/sida sont menées de manière parallèle et amènent à une division de travail plus consciente entre la sphère officielle et la sphère informelle. Après une première phase marquée par le stress et la confusion, le réseau lucernois semble s'engager dans une phase plus réfléchie.

Dans cette deuxième phase, le sous-réseau officiel s'organise autour de la Commission sida du canton et s'occupe des problèmes que le vih/sida suscite dans les hôpitaux ainsi que de l'introduction d'unité d'enseignement traitant du vih/sida dans les écoles. Le sous-réseau informel, par contre, réalise des programmes liés aux soins psycho-sociaux, à la prévention et à la formation chez des groupes de la population spécifiques comme les enseignants, les assistants sociaux, les homosexuels, les femmes ou les toxicomanes. Ce réseau se coordonne autour de différents groupes de travail formés dans le cadre de l'antenne lucernoise de l'ASS.

Ces deux sous-réseaux, contrairement à ce que nous avons vu dans le canton de Berne, n'agissent pas isolément et la Commission cantonale pour les questions liées au sida - ainsi que la Commission pour les questions liées à la toxicomanie - constitue un pont institutionnel. Par ailleurs, les acteurs publics et privés se coordonnent aussi dans le cadre de rencontres directes entre, d'une part, des responsables politiques et administratifs du canton et, d'autre part, la direction de l'antenne. Et les deux sous-réseaux sont encore intégrés dans le cadre du travail concret et quotidien, à savoir les contacts dans les hôpitaux régionaux et dans les structures communales et cantonales d'assistance.

### **La structure du réseau lucernois**

Fin 1990, la structure du réseau lucernois prend une forme complexe représentée dans la

figure 10.1. Sur la *gauche* de la figure, on reconnaît le réseau établi par les autorités lucernoises. La Commission sida est le centre de cette partie officielle du réseau qui intègre encore deux sous-réseaux avec en leur centre le Département cantonal de la santé et celui de l'instruction. On constate aussi que la Commission sida n'est pas la seule plateforme de l'administration cantonale où les problèmes liés au vih/sida sont traités. A côté de cette commission centrale, on trouve en effet toute une série de commissions et groupes de travail spécialisés, à savoir le Groupe de travail sida et école (Arbeitsgruppe Aids) du Département de l'instruction publique, la Commission des médecins des écoles (Schularztkommission) et la Commission contre les toxicomanies (Betäubungsmittelkommission). Plutôt que d'être un centre décisionnel ou d'élaboration technique, la Commission sida apparaît aujourd'hui comme un lieu où les différents aspects du vih/sida sont réunis afin de combattre la diffusion de la maladie et de prévoir les conséquences de son évolution. Ce rôle est par ailleurs confirmé par les contacts consistant à échanger exclusivement des informations entretenus avec, d'un côté, l'Office fédéral de la santé publique et le Département de la justice et, de l'autre côté, avec l'antenne lucernoise et la Main-Tendue (Die Dargebotene Hand) - un service téléphonique polyvalent mis en place par les Eglises.

**Figure 10.1:** réseau lucernois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)

- (a) Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpitaux régionaux de Sarnen, Sursee et Wollhausen, Hôpital des enfants de Lucerne, Clinique St. Anna et St. Urban
- (b) Pro Senectute, Caritas, Croix-Rouge et Services sociaux des Eglises

A *droite* de la figure, on voit le réseau mis en place par les homosexuels et les assistants sociaux travaillant dans le champ de la toxicomanie. Les activités des acteurs de ce sous-réseau concernent en premier lieu la prévention du vih/sida et l'accompagnement de personnes touchées par l'infection. Les relations entre l'antenne et les responsables politiques des départements cantonaux sont faibles, tandis que les contacts avec les structures de services, qu'elles soient étatiques ou non, sont particulièrement développés. L'axe entre l'antenne lucernoise et le Drogenforum Innerschweiz est central dans la maîtrise du vih/sida dans le canton de Lucerne. La division de travail entre ces deux organisations est visible. L'antenne s'occupe plutôt des aspects qui ne sont pas liés à la toxicomanie (relation avec les Groupes de base homosexuels, avec les antennes d'autre cantons, avec la Commission sida et avec le Groupe de travail sida et école) alors que le Drogenforum traite de la problématique vih/sida liée à la drogue (participation, par

exemple, à la Commission contre les toxicomanie).

L'intégration de cette partie informelle du réseau n'est pas garantie par la Commission sida mais plutôt par la direction de l'antenne de l'ASS - dans laquelle il y a aussi des responsables d'autres structures présentes dans le champ social - et par la Conférence des assistants sociaux des services publics et privés (Intersitzung) qui est un organe informel dont le but est de coordonner les services sociaux dans le canton.

## **Conclusion**

La politique officielle du canton de Lucerne donne l'idée d'une politique conservatrice et fermée, que ce soit dans le cadre de la campagne de prévention sida ou de la maîtrise des problèmes liés à la drogue. En effet, le gouvernement lucernois a souvent eu des prises de position contre certaines affiches de la campagne nationale Stop-sida jugées trop provocantes et a reproché aux autorités fédérales de ne pas insister sur le thème de la fidélité. De même, le gouvernement lucernois a toujours répété son scepticisme envers les mesures prises par la Confédération pour le dépistage du vih qu'il considère comme trop faibles (la garantie de l'anonymat pour les séropositifs est considérée comme une mesure inefficace).

Mais bien que la position officielle envers le vih/sida aille dans le sens de mesures restrictives, la politique menée démontre un pragmatisme qui semble contredire la position officielle. Dans les écoles, les unités d'enseignement pour le vih/sida sont reprises du modèle bernois et, en partie, de celui de Zurich, qui sont tous deux progressifs. La politique concernant la toxicomanie et le vih/sida est tolérante: la distribution de seringues est autorisée ainsi que les cures de désintoxication à la méthadone (la Ville de Lucerne, de plus, a un projet pilote visant à mettre à disposition des toxicomane un lieu permettant l'injection de drogues équipé d'une assistance médicale). En ce qui concerne la prévention, des automates de distribution de préservatifs ont été prévus dans tout le canton, l'antenne lucernoise ainsi que les structures travaillant dans le champ de la drogue sont subventionnées et des campagnes de prévention destinées aux prostituées sont mises sur pied.

Ce décalage entre la position officielle et la pratique nécessite quelques explications. Tout d'abord, la nouveauté du vih/sida et l'impossibilité de donner des réponses traditionnelles à ce défi peuvent constituer une première voie d'interprétation. La stratégie du gouvernement consistant à différencier la position officielle de la politique réelle permet de garantir l'image conservatrice du canton et des partis qui le gouvernent tout en

évitant les erreurs dues à une politique conservatrice qui, en Suisse, n'a pas été expérimentée. Une deuxième explication - qui est compatible avec la première et la renforce certainement - peut résider dans le fait que l'administration publique suit sa propre dynamique devant des décisions gouvernementales qui se fixent à limiter le cadre d'intervention et à légitimer les programmes préparés par l'administration. Ce sont les professionnels de la santé qui ont un rôle déterminant dans la prise en charge du vih/sida. Le groupe de travail établi par l'association des médecins, par exemple, a été repris par le gouvernement et a été transformé en un organe consultatif qui prépare les programmes vih/sida d'un point de vue technique et sur la base des expériences réalisées. De même, le gouvernement a assigné à un groupe interne à l'administration le mandat d'élaborer une unité d'enseignement sur le vih/sida qui a pratiquement défini le contenu de la prévention à l'école, contenu qui a été approuvé par le gouvernement un peu par manque d'alternatives et de temps.

Cette situation d'une politique essentiellement "symbolique" a eu plusieurs effets sur le réseau lucernois. Tout d'abord, le fait qu'aucune politique publique n'ait incité la maîtrise spécialisée du vih/sida a favorisé l'intégration du problème dans les institutions et organisations existantes. L'antenne de l'Aide suisse contre le Sida est la seule organisation spécialisée dans le réseau et les deux organismes publics spécialisés - la Commission sida (actuellement peu active) et le groupe de travail sida et école - ne sont pas des structures permanentes. Le mandat du Groupe de travail est limité à l'élaboration de l'unité d'enseignement concernant le vih/sida et est désormais échu. La mise à jour de ces programmes aura, dans le futur, lieu dans le cadre des structures permanentes du Département de l'instruction.

D'autre part, nous avons constaté une faible collaboration entre les personnalités politiques et les assistants sociaux actifs dans le champ. Cela est surtout dû au fait que le langage moralisateur utilisé dans la politique lucernoise envers le vih/sida crée une impossibilité de communiquer entre la réalité politique et celle de l'intervention directe. La conséquence de cette non communication est que les organisations actives dans le champ du vih/sida évitent le contact direct avec les représentants politiques et privilégient les contacts avec l'administration, ce qui donne plus de poids aux centres de coordination dont ne font pas partie les personnalités politiques - à savoir la direction de l'antenne de l'ASS pour les questions spécifiquement liées au vih/sida et la Conférence des assistants sociaux (Intersitzung) pour les questions plus générales liées à l'organisation globale du champ social lucernois.

Pour oser une prévision sur l'organisation future du champ, nous pensons que le réseau actuel, avec ses particularités, est plutôt stable et a l'avantage - grâce à la bonne intégration au niveau du travail concret -, de pouvoir planifier à long terme l'intervention dans le champ sans craindre les positions du gouvernement qui ont essentiellement des effets sur la politique partisane et symbolique. Cependant, cette différenciation entre sphère politique et sphère pratique comporte plusieurs désavantages dont le plus important réside dans le risque que des groupes marginaux touchés plus fortement par le vih/sida soient régulièrement cibles de discours politiques avec l'effet d'amener à une stigmatisation de ces personnes et à la création d'un climat dangereux détruisant les efforts de solidarité avec les personnes touchées par le vih/sida.

Un deuxième désavantage réside dans les difficultés qui peuvent naître lors de l'introduction d'innovations nécessitant un financement public important ou une décision politique ou, en d'autres termes, lorsqu'un changement dans le champ nécessite une légitimation publique qui expose les représentants politiques à l'espace public. Dans ce cas, la différenciation entre le politique et la pratique peut avoir un effet de frein et bloquer le changement par peur de rendre public une politique poursuivie. Cette situation a actuellement lieu dans le cadre de la discussion sur la réalisation de centres de soins pour les malades de sida, lesquels, pour l'instant, sont obligés d'aller dans les cantons où existent des maisons de soins spécialisées.

### **11. La maîtrise du vih/sida dans le canton de Vaud**

"Ce que l'Etat peut faire dès maintenant, c'est contribuer activement à créer les conditions pour que les dialogues et discussions aient lieu. Ceux-ci doivent intervenir à la périphérie, par petits groupes, par une multiplicité de canaux et dans une multiplicité de contextes" (Martin 1988: 117). Cette phrase du médecin cantonal vaudois témoigne de l'implication des autorités vaudoises pour venir en aide aux 1577 séropositifs recensés dans le canton fin 1992 (274 personnes sur 100'000), et aux 327 personnes ayant déclaré leur maladie à cette date (56 cas sur 100'000 personnes). Par ailleurs les résultats de notre inventaire confirment l'implication de l'Etat dans la lutte anti-sida: sept services publics sont impliqués dans la maîtrise du vih/sida. Mais l'Etat de Vaud, comme le souligne la phrase du médecin cantonal, n'agit pas seul. Il compte en effet avec la présence de onze agents intermédiaires dont huit sont des acteurs polyvalents et quatre des acteurs spécialisés. Ces différentes organisations privées et institutions publiques se sont constituées en trois phases: jusqu'en 1986, les premières réactions au défi posé par le vih/sida sont le fait

d'acteurs publics, appuyés dans leurs efforts par des agents intermédiaires. Ensuite, jusqu'en 1988, le réseau stagne et semble avoir trouvé une certaine stabilisation. Puis, depuis 1989, de nouveaux agents intermédiaires se constituent en acteurs sida alors que le secteur public semble avoir terminé son développement.

### **Développement du réseau vaudois**

Ce sont les services publics qui réagissent les premiers au défi lancé par le vih/sida et plus précisément le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). En 1985, en effet, la division des maladies infectieuses met en service une ligne téléphonique "Information sida" et reçoit de la part de l'OFSP le mandat d'annoncer les résultats du test et d'informer les professionnels de la santé sur l'infection. Face à la demande croissante de consultations, l'OFSP accorde à la division un financement pour un poste de médecin responsable de la Consultation sida (test anonyme et consultations).

Peu après ces premières réactions, des agents intermédiaires déjà présents sur la scène sociale vaudoise se constituent en acteurs vih/sida. Point Fixe, secteur du Centre social protestant du canton de Vaud (CSPV), est depuis 1973 un service de consultation pour les homosexuels. En 1986, Point Fixe aborde, selon les dires de son responsable, un "virage sida" suite à la demande par le Département de l'intérieur et de la santé publique d'un engagement plus formel en matière de vih/sida et d'un élargissement de la clientèle aux prostituées, à leurs clients et au public en général. Les réticences qui ont pu avoir lieu au sein du Centre social protestant sont vite surmontées et, en 1986, le Département de l'intérieur et de la santé publique octroie à Point Fixe une première subvention de 30'000 sFr. pour ses activités vih/sida, en plus des subventions accordées au CSPV et dont une partie revient à Point Fixe. Le rôle des autorités publiques, dans le développement de ces nouvelles activités ne se limite pas à l'incitation et au soutien financier. Le médecin cantonal est associé de près au travail de Point Fixe: il fait partie de sa commission technique et participe à l'élaboration de programmes. Cette collaboration est souhaitée des deux parts puisqu'elle répond, toujours selon les termes du responsable de Point Fixe, au "souci commun" de Point Fixe et des autorités politiques de créer des lieux de discussion pour les personnes particulièrement exposées. Par ailleurs, Point Fixe étant le seul service de prévention et de prise en charge psycho-sociale spécialisé en matière de vih/sida dans le canton de Vaud - et qui plus est issu du milieu associatif - il est naturellement devenu l'antenne cantonale de l'ASS, bien que contrairement aux autres antennes cantonales qui sont le plus souvent basées sur un travail volontaire (du moins pendant les premières

années), il s'agisse d'un service professionnalisé.

La même année, le Centre médico-social Pro-Familia (CMSPF) introduit (un peu par la force des choses) des points relatifs au vih/sida dans ses cours d'éducation sexuelle. Alors que les cours d'éducation sexuelle étaient encore vus avec méfiance par certains parents, l'introduction du thème sida balaye les dernières craintes et on peut dire que le sida constitue une source de légitimité pour les animateurs et animatrices d'éducation sexuelle. Dans ce contexte, Pro Familia a été chargé, par les autorités vaudoises, de la tâche de prévention du vih/sida auprès des jeunes.

L'histoire de ces premiers acteurs constitue la période de constitution du réseau sida dans le canton de Vaud. Contrairement à d'autres cantons où l'acteur étatique reste modeste et dont les mesures anti-sida consistent principalement à subventionner les antennes sida, la constitution du réseau vaudois est marquée par la présence des autorités publiques dans le champ qui non seulement prennent en charge le côté médical de la maladie mais incitent et délèguent encore un certain nombre de tâches psycho-sociales à des structures privées (un peu à l'image de ce qui s'est passé au niveau national). Par ailleurs, alors que dans d'autres cantons on assiste, pendant cette période, à l'émergence de toute une série de nouvelles organisations, aucune structure ne s'est spécifiquement créée en réaction au vih/sida dans le canton de Vaud, mais ce sont les structures existantes qui se sont soit transformées ou qui ont intégré la nouvelle problématique dans leurs programmes.

Dans une deuxième période couvrant les années 1987/88, le réseau sida semble se stabiliser. Aucune organisation ne se forme et seul le service de pédiatrie du CHUV intègre des programmes vih/sida dans ses activités. En fait, pendant ces deux années, les acteurs du réseau fraîchement constitués en tant qu'acteurs sida voient leurs activités et leurs ressources augmenter parallèlement à la progression de l'infection. Point Fixe, par exemple, qui n'avait qu'un poste à temps plein depuis 1973, voit son effectif en personnel passer à un poste et demi et ses activités augmenter de volume grâce aux subventions de l'Etat de Vaud. Quant au Centre médico-social Pro Familia, il reçoit de l'Office fédéral de la santé publique, en 1987, deux mandats qui lui permettent non seulement d'étendre son rôle dans le réseau vaudois, mais surtout de s'intégrer dans différents réseaux cantonaux romands. Le mandat de l'OFSP concerne en effet des activités recouvrant l'ensemble de la Suisse romande. Il s'agit plus précisément:

- d'un mandat de *formation continue* pour les professionnels et bénévoles de Suisse romande et du Tessin engagés dans la prévention du sida et dans le soutien et l'accompagnement des personnes touchées par le vih et

- d'un *mandat de coordination* des efforts de formation continue dans le domaine extra-hospitalier romand. Ce deuxième mandat s'est concrétisé par la mise sur pied d'une Commission romande de coordination regroupant les différents partenaires intéressés dont le but est d'examiner les demandes spécifiques de formation - dont le financement est assuré par l'OFSP - et de servir de lieu d'échange concernant les besoins et les moyens de formation.

A partir de 1989, au vu de certaines lacunes existant dans le champ du vih/sida, notamment en ce qui concerne l'accueil de malades du sida et le soutien aux personnes séropositives, de nouveaux programmes et de nouvelles organisations voient le jour:

- La Fondation du Levant (accueillant des toxicomanes dans trois centres et dans un service ambulatoire) ouvre la Maison du Soleil Levant destinée à accueillir des malades du sida en fin de vie. Mais l'ouverture d'une telle maison est confrontée aux nombreuses réticences du voisinage, allant jusqu'à une action en justice. Finalement, grâce au soutien de la Ville de Lausanne, la maison du Soleil Levant - dont le subventionnement est assuré en partie par l'Office fédéral des assurances sociales et par l'Etat de Vaud - s'ouvre en octobre 1989 avec quelques mois de retard.
- Peu après, l'association du Relais (accueillant des adultes polydéviantes) propose aussi l'ouverture d'une maison d'accueil pour permettre une prise en charge adaptée de ses usagers atteints par le sida. Mais, cette fois-ci, ce n'est pas seulement aux réactions des voisins qu'il faut faire face, mais aussi aux réticences de la Fondation du Levant qui voit dans ce projet une concurrence pour le Soleil Levant. Face à ces barrières, le Relais préfère abandonner le projet, sans pour autant renoncer à participer activement au réseau vih/sida vaudois. Aussi, en juillet 1990, le projet Rel'Aids (dont le but est de se rendre auprès des populations avec des comportements à risque de jour comme de nuit) démarre, assuré du soutien de la santé publique, du service de prévoyance et d'aide sociales (qui ont d'ailleurs participé à l'élaboration du projet) et de l'OFSP pour la première année. Ce projet qui prend la forme d'une expérience pilote s'intègre dans la stratégie étatique visant à utiliser les structures existantes pour atteindre des populations hors de portée de l'Etat et de créer des lieux de discussion.
- La même année, une association d'entraide formée essentiellement de personnes séropositives, Sid'Action, se forme à Lausanne. Cette association est issue du groupe d'entraide de Point Fixe qui, à l'instigation de son responsable et de certains membres du groupe, a préféré devenir autonome afin de garder sa spécificité et ne pas être considéré comme un groupe de personnes malades. Etre issu de Point Fixe (et donc du CSPV) a aidé Sid'Action dans sa constitution (ne serait-ce que pour ses locaux qui sont mis à disposition par le Centre social protestant) et à acquérir une légitimité auprès des autorités publiques qui la considèrent comme le partenaire de discussion principal pour s'adresser aux personnes séropositives.

Si tous ces programmes et organisations sont intégrés à des structures organisationnelles déjà présentes dans le système social vaudois - sauf Sid'Action qui s'est spécifiquement formé en réaction au vih/sida - et sont largement subventionnées, de nouvelles structures, en marge du réseau et peu subventionnées, voient le jour à partir de 1989:

- Sida Positif est créé en 1989 pour se mettre à l'écoute des personnes séropositives et malades du sida lors d'entretiens téléphoniques, de discussions en face à face et de sorties en groupe. Cette association est le fruit d'une initiative personnelle et ses ressources - autant financières qu'humaines - sont limitées, même si une centaine de personnes ont fait appel à ses services en 1990.
- En 1990, la Fondation pour la Vie est créée avec comme but immédiat de récolter la somme nécessaire à la réalisation d'une bande dessinée contenant un message préventif qui soit directement adressé aux adolescents. Cette organisation est le résultat d'une initiative des membres du Groupe Contact Jeunesse de Lausanne qui ont estimé la prévention destinée aux adolescents lacunaire. Très rapidement, cependant, elle a élargi son rayon d'action avec le projet de diffuser la bande dessinée dans les écoles suisses, voire même à l'étranger. Pour cela, la Fondation a obtenu, dans un premier temps, que les cantons romands achètent et distribuent ensuite gratuitement la bande dessinée aux écoliers. Elle a aussi reçu de l'argent de quelques communes et d'autres associations privées. Dans un deuxième temps et étant donné le succès de la bande dessinée, celle-ci a été traduite et diffusée dans le reste de la Suisse et à l'étranger.

Ces initiatives occupent une place marginale dans le réseau vaudois parce que l'essentiel des tâches sida sont déjà remplies par les organisations établies dans le système vaudois. Par ailleurs, leur apparition est concomitante avec la décision, un peu partout en Suisse, de rationaliser et d'intégrer les réseaux et de favoriser ainsi la prévention et la prise en charge du vih/sida par des organisations existantes.

### **Structure du réseau vaudois**

Les acteurs présents dans le réseau vaudois et qui, en partie, ont été présentés plus haut, se trouvent avant tout à Lausanne et dans la région lausannoise. Ils sont présentés dans la figure 11.1:

***Figure 11.1:** répartition territoriale des organisations et institutions dans le canton de Vaud (état fin 1990)*

Cette concentration peut être expliquée par le fait que:

- au niveau médical, ce sont donc avant tout les grands centres hospitaliers

universitaires dotés de l'infrastructure nécessaire qui prennent en charge la nouvelle infection, d'autant plus que la Confédération leur a donné le mandat de l'information et de la recherche en matière de vih/sida;

- les populations concernées par le vih/sida (dites à comportement à risque) se concentrent surtout dans les centres urbains, ou du moins est-ce là qu'elles sont le plus visibles.

Il convient toutefois de noter que cette répartition régionale ne tient compte que des sièges des organisations. Ainsi, si le Centre médico-social Pro Familia a ses bureaux à Lausanne, il dispense ses cours d'éducation sexuelle dans tout le canton. L'Association du Relais, bien que principalement basée à Morges, a aussi des activités à Lausanne et Yverdon-les-Bains.

Par ailleurs, la présentation des acteurs centraux de réseau vaudois a déjà mis en évidence certains rapports entre les institutions et organisations, rapports souvent antérieurs à la constitution du réseau. La figure 11.2 systématise ces différents rapports. Dans cette figure, on voit que le Département de l'intérieur et de la santé publique joue un rôle déterminant dans le réseau vaudois. C'est en effet non seulement la référence en termes de politique vih/sida et la structure distribuant les subventions, mais c'est encore le médecin cantonal qui réunit les différents acteurs dans le cadre de la Commission prévention du sida dans les écoles et de différents groupes de travail informels (Sida-planification des soins, Sida-Ligues et autres organisations privées). On peut ainsi dire que le Département de l'intérieur et de la santé publique (et plus précisément le médecin cantonal qui, dans le canton de Vaud, est chargé de l'application de la Loi fédérale sur les épidémies) prend une fonction de coordination. Cette situation centrale de la santé publique est exemplairement illustrée par la politique vaudoise en matière de toxicomanie où seules les organisations suivant la politique définie par les autorités (à savoir une politique restrictive refusant toute diffusion de seringues à large échelle et toute libéralisation d'héroïne) sont subventionnées. Les organisations ne partageant pas les opinions des autorités doivent s'adapter à la politique en place si elles ne veulent pas se voir exclure du réseau.

Si le Département de l'intérieur et de la santé publique constitue la référence en terme de politique du vih/sida et d'organisation du réseau, le CHUV est aussi très présent dans le réseau vaudois en raison de son savoir. En effet, il constitue la référence médicale et la majorité des organisations font appel à ses services.

**Figure 11.2:** *réseau vaudois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)*

- (a) Ecoles primaires et secondaires, Ecoles d'infirmières, Ecole d'études sociales et pédagogiques, foyers, internats
- (b) Hôpitaux régionaux et cliniques privées

Par ailleurs, cette figure illustre parfaitement la politique vaudoise consistant à favoriser les structures existantes. Ce sont en effet les organisations traditionnelles du système social vaudois qui sont intégrées dans le réseau de prise en charge, les organisations nouvellement créées restant à l'écart du système de prévention et de prise en charge de l'infection. Seule Sid'Action est intégrée au réseau (Sida Positif l'est plus marginalement), mais le fait que cette association elle soit fortement liée à Point Fixe (et au CSPV) et ne constitue pas à proprement parler une nouvelle structure explique cette situation. Quant à la Fondation pour la Vie, elle a plutôt développé ses activités au niveau national (diffusion de la bande dessinée dans les différentes écoles romandes, puis en Suisse alémanique) et, depuis peu, au niveau international.

## **Conclusion**

Le modèle vaudois de maîtrise du vih/sida, intègre à la fois des acteurs privés et des acteurs publics et est caractérisé par l'existence d'un programme politique. C'est principalement le Département de l'intérieur et de la santé publique et son directeur qui marquent de leur empreinte toute la politique vaudoise liée à l'épidémie, mis à part les soins cliniques où le CHUV, lié à des programmes nationaux, jouissant d'une certaine autonomie. Le parlement vaudois n'a pas défini de conception formelle de la maîtrise du vih/sida ou mis en place une Commission sida formelle (à l'exception de la Commission de prévention du sida dans les écoles). Les représentants politiques ont en effet préféré laisser le soin aux techniciens de l'administration (dont les lignes d'action ont été définies par leur responsable politique) d'élaborer et de prendre les mesures de lutte anti-sida.

Cependant, malgré la place importante de l'Etat vaudois dans la conception de la maîtrise du vih/sida, celui-ci n'intervient pas directement sur le problème ni ne programme précisément sa prise en charge. Son rôle consiste principalement à subventionner différents projets et organisations intégrés dans la politique décidée.

La pratique de subventionnement de l'Etat vaudois, nous l'avons vu, peut prendre plusieurs formes. Dans le cas de Point Fixe, le gouvernement vaudois, par le biais de la santé publique, a incité ce secteur du Centre Social Protestant à se transformer en Consultation vih/sida et à devenir l'antenne vaudoise de l'Aide Suisse contre le Sida. Quant au centre Centre Médico-Social Pro-Familia qui, dans le cadre de ses classes

d'éducation sexuelle, traitait de vih/sida, les autorités vaudoises lui ont délégué un mandat de prévention du sida auprès des jeunes. Enfin, une dernière pratique de subventionnement par le Canton consiste à soutenir des projets que des acteurs privés (par exemple ceux du Levant et du Relais) ont développé en collaboration avec des acteurs étatiques.

Une dernière particularité du modèle vaudois réside dans le fait que le réseau est essentiellement constitué d'acteurs intégrés de longue date au système social vaudois. Même l'antenne de l'ASS (Point Fixe) est intégrée à une organisation d'entraide, ce qui constitue un cas exceptionnel. Si le discours officiel présente cette particularité comme étant issue du désir de ne pas faire du sida un "machin à part" et de la volonté d'utiliser les structures existantes, on peut néanmoins se demander quelles sont les raisons d'une telle situation. Nous proposons deux explications qui sont étroitement liées. D'une part, on peut voir qu'au moment où le sida est apparu, le système social vaudois comptait des organisations dont les services étaient destinés aux groupes principalement touchés par le vih/sida. Le Centre Social Protestant offraient un soutien et des conseils pour les homosexuels et les toxicomanes étaient pris en charge par différents centres privés (dont le Levant et le Relais). Ces organisations se sont donc logiquement transformées en acteurs sida. Par ailleurs, on constate qu'à la même époque, et contrairement aux autres cantons étudiés ici, un véritable mouvement homosexuel n'existait pas dans le canton de Vaud. La subculture homosexuelle vaudoise n'était pas dotée d'une infrastructure organisationnelle suffisante pour se constituer en une antenne de l'Aide Suisse contre le Sida. De même, ni les prostituées, ni les toxicomanes n'étaient suffisamment organisés pour devenir l'interlocuteur du Département de l'intérieur et de la santé publique qui a ainsi été amené à soutenir Point Fixe.

En guise de conclusion, nous pensons que si ce modèle donne une cohérence à la maîtrise du vih/sida, il entraîne cependant quelques lacunes et un manque d'innovations dues, notamment, à la décision de ne pas entreprendre certaines démarches dans le champ drogue et sida. En effet, les prises de position contre toute mesure entrant dans la sphère illégale (prévention liée à la drogue, échange de seringues dans les prisons) risquent de porter préjudice à des populations particulièrement menacées par le vih/sida et d'entraîner une prévention et une prise en charge de l'infection à deux vitesses: ceux avec des comportements légaux jouiront de toute l'attention des autorités (que ce soit en matière de prévention ou de soins) alors que ceux avec des comportements illégaux verront leur condition se dégrader encore.

## **12. La maîtrise du vih/sida à Zurich**

Un tiers de tous les cas de séropositivité et de sida en Suisse se trouvent dans le canton de Zurich. Fin 1992, on compte en effet 954 cas de sida et 5685 tests vih positifs, ce qui correspond à 83 cas de sida et 496 personnes séropositives pour 100'000 habitants (seul le canton de Genève connaît - dans les dernières années - un ratio plus élevé). Cette forte prévalence du vih/sida qui fait de Zurich le canton le plus touché par l'épidémie en termes absolus est certainement due au caractère métropolitain de la ville de Zurich avec son agglomération de plus d'un million d'habitants et avec sa position stratégique de noeud européen de trafic ferroviaire et aérien. Cependant, en dépit de cette forte incidence, la politique menée dans le canton depuis l'apparition de l'infection - notamment par le gouvernement cantonal et par l'exécutif de la ville de Zurich - a été particulièrement contradictoire. En effet, on assiste à des changements continus de programmes concernant la maîtrise du vih/sida, ce qui a pour conséquence une inconsistance de la politique, voire même un blocage de la situation. La reconstruction suivante cherchera à mettre en évidence cet aspect, tout en s'attachant à souligner le caractère innovateur de certains projets et mesures prises.

### **La mise en place du réseau zurichois**

La maîtrise du vih/sida dans le canton de Zurich est assurée par plus de cinquante organisations et institutions, parmi lesquelles près de la moitié ont des programmes et des activités spécialement mis en place pour faire face au vih/sida. Parmi ceux-ci, on trouve onze services publics, dix organisations spécialisées, quatre organisations polyvalentes et une entreprise (liée à l'antenne zurichoise) spécialisée dans la vente de préservatifs.

Les premiers acteurs à s'occuper du vih/sida à Zurich ont été, en 1983 et d'un point de vue strictement clinique, l'Hôpital Universitaire de Zurich et, en 1984, d'un point de vue politique et social, les Groupes de base homosexuels de Zurich (Homosexuelle Arbeitsgruppen Zürich - HAZ). Alors que l'Hôpital universitaire - plus précisément le Département des maladies infectieuses de la polyclinique médicale - commence ses recherches sans déclencher de discussion politique et sans avoir un mandat précis, les homosexuels sont impliqués dans une discussion conflictuelle qui s'est déroulée pendant une année au sein de leur subculture.

En automne 1984, le HAZ décide de préparer une soirée d'information sur le sida en mettant ainsi en marche le processus de prise de conscience de la nature du vih/sida dans

l'espace public zurichois. Cette soirée débouche sur des discussions conflictuelles entre les partisans de la prévention et les opposants à toute activité en relation avec le nouveau problème qui menace la communauté homosexuelle. Ces discussions n'empêcheront néanmoins pas le HAZ de former un groupe sida en décembre 1984 qui organisera une distribution d'un premier texte d'information et qui mettra en place une permanence téléphonique destinée aux personnes homosexuelles. Suite aux critiques apportées au premier texte, le groupe distribue un deuxième dépliant - accompagné d'un préservatif - s'inspirant d'un texte élaboré par une association de médecins homosexuels de San Francisco. C'est ce groupe sida du HAZ qui est le moteur de l'organisation d'une campagne de sensibilisation sur le vih/sida dans toute la Suisse (voir chapitre 7). Il est en effet l'un des promoteurs de l'Aide Suisse contre le Sida et, fin 1985, il en est devenu l'antenne zurichoise (Zürcher Aids-Hilfe - ZAH).

L'Antenne zurichoise de l'Aide Suisse contre le Sida travaillera, jusqu'en 1987, de manière isolée, ses activités consistant essentiellement en des services de consultation (permanence téléphonique, organisation de groupe d'entraide, consultation pour les toxicomanes, aide aux malades du sida dans le quotidien). Même si la subvention de départ de 50'000 sFr. allouée par le Canton est élevée par rapport à ce qui se fait dans d'autres cantons (nous l'avons vu, l'antenne genevoise - Dialogai - n'a reçu que 10'000 sFr.), les montants qui lui sont destinés restent dérisoires face à l'importance que prend le vih/sida dans le canton. Le gouvernement cantonal (mais aussi la Ville de Zurich) ne prend aucune initiative, alors que des interventions de toutes sortes au sein du parlement cantonal (postulats, interpellations, initiatives etc.) témoignent du besoin d'une prise de position active de sa part. Dans de telles conditions d'inactivité de la part des responsables politiques et devant les difficultés pour rendre la problématique publique, il est difficile qu'un réseau de lutte anti-sida se forme. En effet, les organisations traditionnelles ne se rendent pas compte des proportions considérables prises par le vih/sida et les services publics doivent agir dans les limites posées par les autorités et ne peuvent, de ce fait, introduire des programmes utiles à la lutte contre le vih/sida. Les obstacles les plus importants touchent à l'interdiction de l'échange et de la distribution de seringues et aux difficultés de mettre sur pied des programmes de méthadone (le patient doit en effet démontrer qu'il a chuté deux fois consécutives à une cure de désintoxication). De même, le climat politique favorise l'inactivité et l'utilisation de mesures répressives.

Cette situation subsiste jusqu'au moment où le Conseil Fédéral décide de lancer, en 1987, la campagne nationale Stop-sida. Cette campagne intensifie tout de suite le débat

sur le vih/sida dans le canton, aussi bien dans la société civile que dans le système politique. Après ce changement de l'environnement politique et social, le vih/sida n'est plus considéré comme un problème concernant exclusivement les homosexuels et les toxicomanes et une dynamique créatrice de nouvelles structures organisationnelles émerge.

La réaction des pouvoirs publics, après ces années d'immobilisme, est rapide. Le Département de la santé et celui de l'instruction publique décident, au printemps 1987, d'instituer une Commission sida composée d'experts (de la santé, de l'éducation, de la justice et de la police) avec le but d'évaluer la situation dans le domaine du vih/sida et de conseiller le gouvernement et dont le point d'attention central consiste à définir un concept de prévention et de prise en charge des personnes séropositives et malades.

Cet organe de coordination et d'élaboration de la politique cantonale s'avère positif pour la maîtrise du vih/sida dans le canton de Zurich. La commission réussit en effet à mettre en marche un certain nombre de projets dont le plus important est la campagne de prévention dans les écoles développée par le Département de l'instruction publique, en collaboration avec le Pestalozzianum (une organisation privée non lucrative chargée d'élaborer des unités d'enseignement et des cours de formation permanente pour les enseignants des écoles cantonales). Ainsi, fin 1987, tous les écoliers des lycées, écoles professionnelles et écoles secondaires ont eu une information directe sur le vih/sida.

La politique du Canton en matière de toxicomanie et sida change aussi pendant cette année cruciale. Jusqu'en 1987, en effet, la politique était marquée par les trois piliers de la prévention, de la répression et de la thérapie, avec une concentration sur la répression et la thérapie. Une croissance continue des toxicomanes vivant dans la rue, une détérioration des conditions physiques des utilisateurs de drogues par intraveineuse et la diffusion rapide du virus vih, ainsi que la discussion dans les médias du problème de la drogue catalysent un changement du "paradigme de la politique en matière de drogue" (Hohl 1990: 4). D'un moment à l'autre, tout semble possible: la distribution gratuite de seringues et de matériel de prévention, les campagnes régulières de vaccination contre l'hépatite, les campagnes de prévention contre le vih/sida, la facilitation de l'accès à des thérapies de méthadone et la création de lieux d'accueil pour les sans-abri (le premier lieu de ce type qui aura à satisfaire une grande demande est le Krankenzimmer für Obdachlose - KFO).

Par ailleurs, aussi bien la Ville de Zurich que le Canton semblent, en 1987, avoir l'intention d'intensifier les activités liées à l'infection par une augmentation des subventions aux organisations intermédiaires existantes ou en voie de création. L'antenne

de Zurich, une des pionnières dans le champ, est subventionnée par la Ville de Zurich avec 70'000 sFr., une somme modeste mais qui, en comparaison avec d'autres villes suisses (qui ne sont impliquées que marginalement dans la lutte anti-sida) indique quand-même l'appréciation du travail de l'antenne et la direction à prendre au regard des organisations non lucratives. Le subventionnement systématique commencera en 1988. Toute une série d'organisations intermédiaires créées en 1987 et en 1988 auront la possibilité d'obtenir des financements publics grâce à leurs activités dans le champ du vih/sida. Les plus importantes sont:

- l'association Zürcher Aids-Projekte (ZAP). Cette association, créée en 1987 par des assistants sociaux, met à disposition des toxicomanes touchés par le sida des lieux d'accueil. Elle s'est autofinancée jusqu'à fin 1987. A partir de 1988, par contre, elle reçoit de la part de la Ville et du Canton de Zurich les contributions nécessaires à la réalisation d'une vingtaine de places d'accueil.
- La Assistance sida oecuménique (ökumenisches Aidsfarramt) a été créée en 1987 pour appuyer moralement et socialement les malades du sida de l'Hôpital universitaire de Zurich. Financée d'abord par l'Eglise protestante, cette association est aujourd'hui financées par les deux Eglises nationales et est subventionnée par le canton.
- La maison d'accueil de l'armée du salut, qui prend en charge dès 1987 des malades du sida et qui est subventionnée par le Canton et la Ville de Zurich.
- Le Projet d'intervention contre le sida et pour les toxicomanes (ZIPP-Aids), fondé en janvier 1988 par un groupe de personnes liées aux institutions de lutte contre la toxicomanie et le sida et intervenant sur le Platzspitz, le lieu de rencontre des toxicomanes. Le projet débute en décembre 1988 avec des volontaires et reçoit rapidement des subventions de la Confédération, du Canton et de la Ville de Zurich. A partir de 1989 il sera financé quasiment à 100% par des ressources publiques.

L'antenne zurichoise de l'Aide Suisse contre le Sida profitera aussi, à partir de 1988, du changement de la politique en matière de vih/sida en obtenant une importante subvention de la part du Canton et de la Ville de Zurich. 1988 marque en fait de manière décisive la préparation et, plus partiellement, la mise en place de structures dans le champ du vih/sida dans le canton. Par contre, une systématisation du travail par des collaborations entre les différentes organisations et institutions n'est pas encore de mise. Chacun est pris par son travail d'organisation et de structuration et il n'y a personne qui prenne en charge la coordination. La Commission sida cantonale - qui pourrait être un lieu de coordination - ne réussit pas à assumer cette fonction car elle est bloquée par des conflits internes portant sur les stratégies à adopter face à l'infection (on oppose aux stratégies basées sur

l'information et la prévention des stratégies de dépistage systématique) et par le manque de participation de la part des organisations intermédiaires. Par ailleurs, la Commission réussit certes à réunir des compétences spécifiques, mais sa taille, le rythme espacé des rencontres et sa composition unilatérale (elle réunit essentiellement des représentants des services publics) ne lui permettent pas d'intervenir en tant qu'instance coordinatrice de tous les acteurs du champ.

Le rapport élaboré par cette commission fin 1988 met en évidence ces limites, mais aussi les lacunes dans le champ. Plusieurs mesures sont proposées et se réaliseront à court terme:

- la création d'une unité à l'hôpital universitaire pour les patients avec des problèmes liés au sida composée de six lits et, surtout;
- la nomination d'un délégué du gouvernement cantonal s'occupant des questions liées au vih/sida. Son cahier de charges comporte les points suivants:

"Der kantonale Beauftragte für AIDS-Fragen

- koordiniert und überwacht die Massnahmen zur AIDS-Bekämpfung gemäss dem vom Regierungsrat verabschiedeten Konzept,
- berät den Regierungsrat und dessen Direktionen bei der Durchführung der Massnahmen zur AIDS-Bekämpfung und arbeitet mit den im wissenschaftlichen, medizinischen, präventiven und betreuerischen Bereich tätigen Stellen zusammen,
- stellt Antrag über die Verwendung des zur Verfügung gestellten Sonderkredits für die AIDS-Bekämpfung,
- berät und unterstützt regionale, kommunale und private Körperschaften und Organisationen, die in der AIDS-Bekämpfung tätig sind,
- stellt die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen des Bundes (Bundesamt für Gesundheitswesen usw.) und den anderen Kantonen sicher,
- überwacht die Entwicklung der epidemiologischen Lage und setzt zeitgerecht operationelle Schwerpunkte,
- erstattet dem Regierungsrat jährlich Bericht" (Aids-Kommission 1988: 54s).

A part le profil ambitieux de ce poste, les points qui composent ce cahier des charges montrent les lacunes du travail effectué jusque là par la commission et souligne le manque de coordination au sein des institutions publiques ainsi qu'entre les différents agents intermédiaires qui s'occupent du vih/sida.

### **Croissance du réseau et de l'interdépendance entre les acteurs**

La nomination de Roger Staub au poste du délégué cantonal pour les questions liées au vih/sida est une solution heureuse. Cette "éminence grise" du champ combine des caractéristiques importantes pour exercer les fonctions prévues par le cahier des charges. Etant parmi les fondateurs de l'Aide Suisse contre le Sida et ayant aussi été actif dans l'organisation de la campagne publique Stop-sida, il a accès à tous les réseaux importants

dans le champ. Ceci explique certainement le grand succès de ses initiatives malgré les ressources limitées que le Canton mettra à sa disposition. Mais on peut aussi dire que la mise sur pied d'un tel poste ayant pour fonction l'observation du réseau zurichois - plus précisément l'identification des lacunes et la coordination des différents acteurs - favorise la mise en place et l'intégration des différentes initiatives, indépendamment de la personnalité du détenteur du poste.

A partir de 1989, en effet, le réseau sort de sa désorganisation et prend une forme qui gravite autour du délégué aux questions liées au vih/sida. La figure 12.1 illustre ce réseau. Une première constatation qui ressort de l'observation de cette figure est la complexité du réseau zurichois. En comparaison avec les autres cantons étudiés, une multiplicité d'acteurs interviennent, ce qui explique peut-être le fait que le canton de Zurich soit le seul à avoir mis sur pied un délégué au sida coordonnant l'ensemble du réseau (le délégué au sida du canton de Berne se limite à coordonner la partie publique du réseau).

Par ailleurs, autour du délégué, quatre sous-réseaux se sont formés, plus ou moins spécialisés. *En haut à gauche*, on voit les différents agents intermédiaires et institutions publiques qui produisent des services liés à la prévention dans les écoles. Malgré la présence d'acteurs privés, il s'agit d'un sous-réseau principalement public. En effet, les structures publiques délèguent l'élaboration de matériel didactique au Pestalozzianum de Zurich (qui collabore avec Pro Juventute) qui, en dépit de son statut légal d'association privée, peut, de facto, être considéré comme faisant partie de l'administration cantonale (son financement est quasi public, il assure des projets communs avec des services publics et de nombreux mandats dans le domaine de l'instruction lui sont attribués).

*A droite de ce premier sous-réseau*, on peut identifier un deuxième sous-réseau qui englobe les services liés au problème des enfants séropositifs ou malades du sida. Sa mise en place remonte à 1989, date à laquelle les différents acteurs qui le composent se sont coordonnés pour prendre en charge ce problème. Ceux-ci sont tous, à l'exception de la Fondation "le sida et l'Enfant" - qui agit au niveau national, et international -, des acteurs publics. Une première constatation qui ressort de l'observation de cette figure est la complexité du réseau zurichois. En comparaison avec les autres cantons étudiés, une multiplicité d'acteurs interviennent, ce qui explique peut-être le fait que le canton de Zurich soit le seul à avoir mis sur pied un délégué au sida coordonnant l'ensemble du réseau (le délégué au sida du canton de Berne se limite à coordonner la partie publique du réseau).

Par ailleurs, autour du délégué, quatre sous-réseaux se sont formés, plus ou moins

spécialisés. *En haut à gauche*, on voit les différents agents intermédiaires et institutions publiques qui produisent des services liés à la prévention dans les écoles. Malgré la présence d'acteurs privés, il s'agit d'un sous-réseau principalement public. En effet, les structures publiques délèguent l'élaboration de matériel didactique au Pestalozzianum de Zurich (qui collabore avec Pro Juventute) qui, en dépit de son statut légal d'association privée, peut, de facto, être considéré comme faisant partie de l'administration cantonale (son financement est quasi public, il assure des projets communs avec des services publics et de nombreux mandats dans le domaine de l'instruction lui sont attribués).

*A droite de ce premier sous-réseau*, on peut identifier un deuxième sous-réseau qui englobe les services liés au problème des enfants séropositifs ou malades du sida. Sa mise en place remonte à 1989, date à laquelle les différents acteurs qui le composent se sont coordonnés pour prendre en charge ce problème. Ceux-ci sont tous, à l'exception de la Fondation "le sida et l'Enfant" - qui agit au niveau national, et international -, des acteurs publics.

*Au milieu de la figure, à gauche*, on distingue le sous-réseau traitant de la toxicomanie et des conséquences du vih/sida dans ce domaine. La gravité de l'incidence du vih/sida chez les toxicomanes rend l'intervention d'acteurs dans ce domaine dépendante du savoir médical. C'est ainsi que les hôpitaux, les instituts de recherche et les projets équipés d'assistance médicale sont les acteurs centraux dans ce domaine. Au-delà de leurs activités, ils suivent et complètent souvent le travail fait par d'autres organisations actives dans le domaine. Ces acteurs centraux rassemblent des ressources humaines et matérielles considérables, ils sont hautement professionnalisés et ont, en majorité, un statut public ou alors sont fortement liés à des structures publiques.

*Au milieu à droite*, ce sont les "services d'information" qui sont représentés. Ce sont des organisations et institutions qui s'occupent principalement de la prévention. Une deuxième fonction de ces organisations est l'aide à la création de services - qui peuvent s'autonomiser - remplissant les lacunes existantes. Enfin, ces organisations prennent aussi en charge toute une série des services d'accompagnement non médical. C'est, on pourrait dire, le secteur d'intervention idéal pour une antenne cantonale ou des organisations qui s'inspirent du modèle de l'Aide Suisse contre le Sida.

**Figure 12.1:** *réseau zurichois dans le champ du vih/sida (état fin 1990)*

Dans la figure, on aperçoit aussi des acteurs situés hors du canton ou dont le rayon

d'action dépasse les limites territoriales du canton et qui assument différentes fonctions dans le réseau. L'Office fédéral des assurances sociales a notamment une fonction financière. Le Délégué au sida du canton de Berne et l'OFSP transmettent quant à eux du savoir en assumant un rôle d'expert dans le réseau zurichois. Un autre acteur externe, mais isolé celui-ci, est le Verein Aids Aufklärung Schweiz opérant, avec des moyens modestes, sur tout le territoire Suisse (mais particulièrement à Zurich où se trouve son siège). L'exclusion de cette association du réseau zurichois (et aussi, nous l'avons vu, du réseau national et bernois) peut être reliée à deux caractéristiques. Premièrement, cette association a des positions politiques répressives cherchant à isoler les malades du sida et le séropositifs. Cette position est unique parmi les acteurs produisant des services liés au vih/sida et trouve seulement une correspondance partielle dans les positions des partis politiques de droite. Deuxièmement, on peut expliquer cet isolement par la liaison entre l'Aids Aufklärung Schweiz et une secte zurichoise, à savoir le Verein zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis (VPM) fortement contestée dans le canton.

## **Conclusion**

En résumé, on peut dire que le réseau zurichois, vu dans sa globalité, a atteint, fin 1990, un niveau de division de travail et de coordination utile pour faire face aux besoins créés par le vih/sida. Après le retard initial, le réseau réussit vite à se former grâce au changement de politique des autorités en 1987. Aujourd'hui, la prise en charge médicale est bien équipée, de nombreux projets et de services ont été développés dans le domaine de la toxicomanie et la prévention dans les écoles est développée. La seule lacune concerne les soins aux malades du sida qui n'ont pas d'alternative entre l'hôpital et le domicile. Mais toute une série de projets sont en train d'être mis en place dans cette direction. Ces résultats sont certainement dus au travail préparatoire et promoteur de l'antenne zurichoise de l'ASS mais aussi à un changement net de la politique cantonale et communale en matière de toxicomanie et de vih/sida. Il n'est pas certain, par contre, que cette évolution allant vers une amélioration persiste dans les années à venir. Des signes négatifs se font en effet voir, comme par exemple la fermeture du Platzspitz par la Ville de Zurich suite à une série d'interventions par différentes personnalités politiques et à une discussion publique toujours plus âpre suscitées par des prises de positions au niveau du canton et dans des organisations telles que l'Aids Aufklärung. Cette décision peut éventuellement être justifiée du point de vue de la politique en matière de drogue, mais elle a des conséquences négatives sur la prévention et la limitation de la diffusion du

vih/sida chez les toxicomanes. En effet, la concentration sur cette place permettait une intervention extrêmement efficace, comme le montre d'ailleurs le projet pilote ZIPP-Aids (voir Hornung et al. 1990). Ce nouveau virage de la politique zurichoise semble, en fait, ne résoudre en aucune manière les problèmes liés à la toxicomanie et, du point de vue de la prévention et de la diffusion du vih/sida, apparaît comme une erreur. Ce changement témoigne, néanmoins, du rôle crucial qu'a la politique menée par les autorités zurichoises sur l'évolution du réseau et l'importance de l'opinion publique pour sa détermination.

Un autre signal d'évolution est donné par la fin de la croissance des dépenses de la part du Canton pour des programmes vih/sida coïncidant avec une politique privilégiant les structures existantes et décourageant la mise sur pied de nouvelles activités par de nouveaux acteurs. Cette politique de stabilisation semble, à première vue, convenable mais peut aussi bloquer l'innovation dans le champ si elle est appliquée de façon aveugle.

### **13. La maîtrise du vih/sida en Suisse: synthèse**

Dans ce chapitre, nous nous attachons à synthétiser les résultats obtenus lors des reconstructions de cas afin de présenter la réponse suisse au défi du vih/sida. Plus précisément, nous tenterons de dessiner les contours du welfare mix qui s'est formé en Suisse en réaction à la nouvelle infection. Si comme nous l'avons précisé en introduction il existe autant de relations entre Etat et société civile que de cantons, nous pensons néanmoins qu'il est possible d'établir un modèle général de la maîtrise du vih/sida en Suisse. En effet, malgré les particularismes propres au fédéralisme, des similitudes se retrouvent dans toutes les réalités territoriales observées. On peut ainsi dire que la Suisse a développé un modèle de maîtrise du vih/sida aux multiples facettes. Cependant, avant d'entreprendre cet effort de synthèse, nous aimerions rappeler les facettes observées en insistant, pour chaque cas, sur les relations entre les agents intermédiaires et les acteurs publics et sur le rôle des différentes instances étatiques.

- Jusqu'en 1987, les réactions *au niveau national* restent timides, aussi bien du côté des organisations intermédiaires que de la Confédération. Le réseau national ne prend forme qu'à partir de 1987. Dès lors, on assiste à une forte collaboration entre les acteurs publics et privés et dans le welfare mix issu de cette collaboration, l'administration fédérale prend un rôle déterminant. Plus précisément, la maîtrise du vih/sida est principalement structurée par l'Office fédéral de la santé publique qui, en dehors de tâches liées aux aspects médicaux du vih/sida, délègue non seulement des tâches de prévention générale à l'Aide Suisse contre le Sida, mais favorise encore son action auprès de populations réticentes à toute intervention étatique et incite des organisations privées à prendre en charge des activités de formation et d'information. Quant au parlement et à

l'exécutif, leur rôle se limite à donner un cadre d'intervention: l'essentiel de la politique nationale en matière de vih/sida a en effet été mise sur pied par l'OFSP.

- *Dans le canton de Berne*, une division du travail entre les acteurs privés et publics se met rapidement en place à partir de 1985/86. Dès 1985, en effet, le canton de Berne subventionne l'antenne cantonale de l'ASS et définit un welfare mix dans lequel les institutions publiques prennent en charge les aspects médicaux du vih/sida et les organisations intermédiaires complètent le travail des organisations publique en traitant des aspects psycho-sociaux de l'infection. Dans ce welfare mix, la collaboration entre les deux secteurs est ponctuelle et consiste essentiellement en un échange d'informations et de clientèle. La coordination est assurée au sein des deux sous-réseaux par des acteurs de référence. Il existe néanmoins toute une série de collaborations exclusivement financières allant des organisations intermédiaires vers les acteurs étatiques pour obtenir des financements. Ainsi, les organisations intermédiaires apparaissent relativement indépendantes du point de vue de leurs activités, mais dépendent par contre fortement de l'Etat d'un point de vue matériel.
- *A Genève*, le welfare mix qui s'est formé à partir de 1985 est caractérisé par un Etat laissant aux organisations intermédiaires une grande importance dans la mise en oeuvre de la politique vih/sida. Plus précisément, le gouvernement a réagi rapidement à l'épidémie (dès 1985 en s'alignant sur l'Office fédéral de la santé publique) en annonçant le cadre de sa politique et en débloquant des subventions, mais il n'est intervenu que modestement sur la constitution et l'organisations du réseau afin d'éviter toute politisation. L'administration (appuyée par le gouvernement) a souvent incité à la création de structures ou de projets, mais elle a laissé le réseau (et donc les praticiens) s'organiser pour réaliser ces incitations.
- *Dans le canton de Lucerne*, on constate une absence partielle de l'Etat cantonal - que ce soit les instances politiques ou l'administration - dans la mise en place d'un programme général en matière de vih/sida, la politique du Canton étant marquée par le principe de subsidiarité. Une telle politique traditionnelle de subsidiarité, si elle peut déboucher sur des mesures inefficaces face à l'urgence et aurait sans aucun doute eu de graves conséquences dans un canton largement touché par le vih/sida, ne constitue pas un handicap pour Lucerne où la maladie connaît une évolution lente. Par ailleurs, les effets négatifs du principe de subsidiarité sont compensés par l'intervention dans le réseau cantonal d'acteurs nationaux (l'OFSP et l'ASS). Finalement, cette situation a permis des actions réalistes et innovatrices sans que l'Etat développe des prises de positions innovatrices à l'égard du vih/sida.
- Le welfare mix que l'on observe *dans le canton de Vaud* est le fruit d'une politique consciente de la part du gouvernement cantonal et du médecin cantonal. En bref, cette politique tente de maximiser le travail de partenariat entre l'administration et les acteurs privés. C'est ainsi que mis à part les tâches thérapeutiques, la maîtrise du vih/sida est le fruit d'acteurs privés largement subventionnés. Cette politique répond à la poursuite d'une tradition étatique basée sur la délégation. Cependant, en plus de déléguer des tâches à des acteurs privés par la distribution de mandats, les autorités vaudoises inscrivent les pratiques de délégation dans un programme de prévention et de prise en charge et incitent directement certaines organisations à traiter de la nouvelle infection. Et lorsque l'Etat favorise des initiatives venant de

la base, celles-ci doivent correspondre au programme politique. La politique cantonale, par conséquent, valorise les organisations intermédiaires, tout en créant une situation de dépendance, voire même de détermination des activités dans le domaine.

- *Dans le canton de Zurich*, le welfare mix est marqué par une évolution parallèle du secteur public et des organisations intermédiaires. Dans une première période allant jusqu'en 1987, cette évolution parallèle s'est faite de manière confuse et autant l'administration publique (écoles, hôpitaux etc.) que la société ont développé des programmes, débouchant sur des dédoublements d'activités et des lacunes. A partir de 1987, un effort de coordination entre tous les services existants est entrepris par le Canton et débouche sur la nomination d'un coordinateur dont la tâche consiste à augmenter l'efficacité de la maîtrise du vih/sida. Dès lors, l'Etat - par l'intermédiaire du coordinateur - organise et incite la maîtrise du vih/sida, ce qui aboutit à un welfare mix basé sur une division du travail claire entre les services publics et privés.

Au-delà de ces variations, on décèle des traits communs pour l'ensemble des réalités territoriales qu'il s'agit de développer. D'une part, on constate que si tous les réseaux se sont constitués à partir de 1985, les premières réactions ont été timides. Ce n'est qu'à partir de 1987 que des mesures destinées à lutter efficacement contre l'infection ont été mises en place, suite au consensus portant sur le type d'intervention qui a été atteint, d'abord au niveau fédéral, puis dans presque toute la Suisse, entre 1986 et 1987. D'autre part, on observe que dans tous les cas, ce consensus a débouché, d'une manière ou d'une autre, sur des efforts de coordination et de systématisation du travail effectué par les acteurs des différents réseaux.

### **Emergence, politisation et développement d'un consensus**

Avant de devenir un enjeu de politique publique, le vih/sida est discuté à l'intérieur des différentes administrations - principalement dans l'administration fédérale et aussi dans les administrations de cantons particulièrement touchés -, au sein des organisations et groupes d'homosexuels ainsi que dans la presse. Ce sont surtout les débats au niveau national qui marquent la politique mise en place pour répondre à la nouvelle infection, les administrations cantonales concernées par la problématique s'alignant le plus souvent sur les positions fédérales (Genève, par exemple, s'est donné dès 1985 le but de déployer, de soutenir et d'amplifier le programme d'action de la Confédération développé par l'OFSP). Lors de ces premiers débats, le vih/sida est vu par l'Etat fédéral comme un problème concernant un groupe spécifique de la population et devant être traité selon une logique médicale. Les organisations et groupes d'homosexuels, par contre, mettent en évidence les aspects sociaux du vih/sida, l'infection pouvant mener à des réactions de discrimination et

de marginalisation.

Mais, à partir de 1985, quand le nombre de malades prend des dimensions toujours croissantes, il est décidé, au sein de l'administration fédérale, de préparer et de prendre des mesures bloquant la diffusion de l'infection. Les premières mesures concernent le traitement des produits sanguins et le renforcement de la recherche médicale dans les différents hôpitaux universitaires. Ce sont des programmes qu'on peut qualifier de techniques, dans la mesure où ils n'interviennent pas au-delà des institutions médicales de Suisse (ils concernent des institutions telles que les hôpitaux ou le Laboratoire Central de la Croix-Rouge), de même qu'ils ne définissent pas de nouvelles règles de comportement. Ces mesures et programmes restent, en d'autres termes, à l'intérieur du réseau hospitalier et médical. De même, les homosexuels, mais aussi certains assistants sociaux engagés dans le domaine de la toxicomanie, discutent et préparent en 1985 des interventions visant avant tout à circonscrire les effets possibles de discriminations des mesures envisagées à ce moment là. Leurs armes sont l'information et la défense d'intérêts auprès des autorités politiques. Les contacts entre l'administration fédérale et ces groupes s'intensifient en 1985 et se concrétisent dans la participation de l'OFSP à l'Aide Suisse contre le Sida - organisation issue du mouvement homosexuel.

Dans les cantons particulièrement touchés par le vih/sida, des initiatives se préparent aussi en 1985. Mais, aussi bien au niveau national qu'au niveau cantonal, les interventions restent limitées - notamment du point de vue financier - et aucune campagne de prévention importante ne se dégage. Il manque en effet un consensus politique permettant de débloquent des financements plus conséquents. Les activités des organisations intermédiaires s'occupant du vih/sida restent elles aussi limitées à leur propre clientèle, c'est-à-dire aux homosexuels intégrés au mouvement ou fréquentant les lieux de rencontre du milieu et, en partie, aux toxicomanes. Ce sont des minorités qui sont mal représentées dans le système politique et qui ont aussi une force limitée de mobilisation, ce qui explique la faible portée de leurs actions.

Ces différentes initiatives et situations créeront ensemble, à partir de 1986/1987, un climat qui permettra de finalement prendre des mesures incisives et de mettre sur pied une large campagne de prévention. Premièrement, à l'intérieur de l'administration publique fédérale, l'OFSP entreprend différentes démarches avec pour but la sensibilisation d'autres parties de l'administration (fédérale et aussi des différents cantons) et surtout du gouvernement suisse. Deuxièmement, dans les cantons, des responsables administratifs réagissent pour débloquent la situation avant même que les gouvernements n'aient pris une

quelconque décision. Troisièmement, les organisations des homosexuels et les services s'occupant de la toxicomanie (étatiques ou non) interviennent auprès de l'administration et s'adressent aux partis politiques afin de pousser les responsables politiques à prendre des initiatives majeures dans le champ du vih/sida. Enfin, les médias, en rendant public le drame du vih/sida, augmentent les pressions auxquelles les gouvernements sont soumis.

Mais avant de déboucher sur des programmes, ces différentes pressions amèneront d'abord à une politisation de la problématique, les débats portant sur les programmes à adopter. La droite et l'extrême droite envisagent des mesures de contrôle, voire même de réclusion des personnes séropositives alors que la grande majorité des partis s'opposent à cette position. C'est finalement le niveau politique national qui, dans ce climat de formation d'un consensus sur les programmes vih/sida, réussira en premier à mettre en place un programme basé avant tout sur l'information. Ainsi, plutôt que d'appréhender le vih/sida comme un problème découlant de la peur que l'on pourrait résoudre par la morale, les autorités suisses considèrent le vih/sida comme un problème pour lequel la connaissance des moyens de protection constitue l'unique réponse. Ce programme informatif et préventif - dont le message a été élaboré par le OFSP - déblocuera ensuite toute une série de situations cantonales caractérisées par une forte intrication des différentes forces politiques. Cependant, dans les différents cantons, une véritable ligne politique ou programme ne sort pas du consensus (à l'exception peut-être du canton de Berne qui définit un concept de lutte anti-sida). En effet, les débats dans les parlement ou dans les commissions - qu'elles soient formelles ou non - sont menés par des représentants des partis politiques ainsi que par ceux d'organisations établies dans le domaine de la santé, comme par exemple les associations professionnelles des médecins ou des pharmaciens ou encore la Croix-Rouge. Les associations regroupant des personnes concernées par le vih/sida ou ayant des activités de défense d'intérêts, mais aussi les services publics qui font un travail de terrain sont, à ce moment là, exclus des débats dans les institutions chargées de formuler une politique en matière de vih/sida. Leur intervention est indirecte et passe à travers des intermédiaires et les activités qu'elles développent se réalisent de manière relativement autonome. C'est ainsi que dans cette première période de politisation et de formation d'un consensus, le réseau sida est faiblement intégré et la politique symbolique bloquera, pour un temps plus ou moins long suivant les cantons, la mise en place d'un programme de maîtrise du vih/sida de longue haleine. Dans les différents réseaux, on observe en effet des commissions existant à côté d'une administration publique et d'une société qui, toutes deux, produisent les services et

activités en matière de vih/sida. Le canton de Berne constitue en quelque sorte une exception (et c'est pour cela qu'il a longtemps été considéré comme un modèle) en raison du concept de prise en charge établi par l'administration fin 1986 et concrétisé à partir de 1987. Quant au canton de Vaud, suite à l'instauration de la Loi sur la santé publique en 1986 donne le mandat au médecin cantonal de traiter des problèmes entrant dans la Loi sur les épidémies, il a aussi vu la maîtrise du vih/sida se concrétiser rapidement sur son territoire.

Pour systématiser notre propos, on peut dire que cette évolution vers une politisation du vih/sida aboutissant sur la formulation d'un consensus concernant les mesures à entreprendre (mais non sur la définition de programmes de longue haleine) est marquée par une collaboration entre le mouvement homosexuel et l'administration publique, collaboration qui débute en 1985 après la fondation de l'ASS. A l'exception du canton de Vaud (où la communauté homosexuelle ne s'est pas organisée dans une optique préventive), ce sont les efforts conjugués de l'administration et des organisations d'homosexuels (qui font un travail de pressions et qui ont mis sur pied toute une série d'activités) qui débouchent sur une prise de conscience politique du vih/sida. Ainsi, contrairement au schéma traditionnel de mobilisation où la protestation civile déclenche des mesures politiques, c'est l'acteur public, plus spécifiquement une partie de l'administration fédérale, qui joue un rôle moteur dans la politisation. En effet, l'OFSP joue un rôle décisif non seulement au niveau fédéral, mais aussi dans les cantons où il intervient comme expert (et en particulier à Lucerne où il aide l'antenne cantonale à se former). Ce fait ouvre une voie d'interprétation de la spécificité du vih/sida en comparaison avec d'autres domaines de régulation politique.

Ainsi, le processus traditionnel suisse suivant lequel la société met en place les structures, complétées ensuite par l'Etat - ou, en reprenant la terminologie de Hotz (1979), le "modèle libéral de transfert des fonctions" - ne s'applique pas au cas du vih/sida. Même dans le canton de Lucerne où les autorités réagissent après la société civile et "cooptent" pour ainsi dire une structure privée, la structuration des homosexuels en une antenne de l'ASS est, dès le départ, soutenue par les autorités fédérales. De manière générale, autant au niveau national que plus tard dans les cantons étudiés, on observe qu'une partie de l'Etat - l'administration - décide de ne pas attendre une réaction de la part de la société civile pour commencer le travail dans ce champ. La réaction vaudoise est par exemple claire: c'est le Département de l'intérieur et de la santé publique qui demande à Point Fixe de traiter de la problématique du vih/sida. Ce n'est non plus une réaction venant du haut,

puisque l'administration (y compris l'administration lucernoise) met sur pied des programmes sans attendre de directives du gouvernement. Le vih/sida est, à raison, estimé comme une urgence médicale et sociale qui a besoin de mesures rapides et spéciales. Les caractéristiques suivantes déterminent notamment l'urgence et la spécificité et expliquent le rôle moteur de l'administration, autant vis-à-vis de la société civile que des gouvernements:

- le vih/sida touche à partir de 1985/86 des groupes de la population qui n'étaient, jusqu'à ce moment-là, pas considérés comme étant à risque. Plus précisément, ce sont les cas de vih/sida chez les personnes hétérosexuelles qui créent l'inquiétude (l'idée épidémiologique du "groupe à risque" est mise en cause par la perception du vih/sida comme un risque social concernant l'ensemble de la population; voir Pollack 1987).
- Du fait du risque d'une diffusion exponentielle du vih/sida, les instruments d'intervention étatiques traditionnels sont inadéquats. Contrairement aux épidémies plus connues (comme celles qui touchent par exemple les animaux), on ne peut pas intervenir avec un vaccin ou en isolant les sujets atteints. De même, l'isolement créerait toute une série de conséquences incontrôlables (par exemple la clandestinité ou l'autoritarisme antidémocratique). Il n'est non plus possible de réagir avec les instruments utilisés en cas de catastrophes qui consistent généralement en des structures à court terme, intégrant techniciens et personnages politiques. Ces instruments ne correspondent en effet pas au défi d'une épidémie comme le vih/sida qui se diffuse sans que les diffuseurs et les receveurs s'en aperçoivent. Les instruments principaux sont des instruments de prévention qui sont liés à un changement du comportement de la population et qui dépassent le cadre d'action de l'administration publique. C'est pourquoi l'administration - en particulier l'OFSP - tente de garder un pied dans la société par le biais de relais institutionnels - à savoir l'Aide Suisse contre le Sida - et, pour assurer le financement d'un tel programme, s'adresse au politique afin qu'il le soutienne.

Il s'agit donc d'une réelle prise de conscience du vih/sida comme un domaine à risque ne pouvant pas être contrôlé par les instruments traditionnels. A terme, des cantons dans lesquels la réaction étatique a été timide comme par exemple Lucerne, voient aussi leur administration prendre une place active dans la constitution d'une politique anti-sida et on observe, dans l'ensemble des cantons, la mise en place d'une administration flexible du risque (une espèce de "*Risikoverwaltung*" pour le social). Cette mise en place durera quelques années et sera marquée par des processus d'essai et d'erreur, en raison du manque d'expérience des administrateurs et des gouvernements pour la gestion des risques sociaux et de la lenteur des changements dans un système basé sur le consensus.

### **Systematisation de l'intervention à travers des acteurs de référence**

Cette dimension de “danger social” dont est entaché le vih/sida et qui détermine largement l'agir de l'OFSP ainsi que celui d'autres administrations cantonales influence aussi la structure et le fonctionnement des réseaux d'organisations et institutions prenant en charge le vih/sida. A partir de la formation d'un consensus sur le vih/sida, on peut différencier, par un effort d'abstraction, deux périodes par lesquelles les différents réseaux sont passés et dans lesquelles on distingue différentes structures et types de fonctionnement. D'abord, le réseau s'ouvre à toutes sortes d'acteurs et d'évolutions pour ensuite se refermer et aboutir sur une systématisation de l'intervention.

Suite au consensus marqué par une politisation des débats, le réseau entre dans une situation de passage. Dans ce réseau mal intégré et fonctionnant sur deux niveaux - le niveau symbolique des commissions et des parlements et le niveau pratique des structures de services -, on assiste à une transformation initiée par de nombreux nouveaux acteurs actifs en même temps dans le champ politique et social. Ces acteurs demandent des subventions, un appui politique et des espaces et créent de la sorte, dans les différents systèmes politiques cantonaux, une situation de stress qui est, dans un premier temps, surmontée par un appui financier non discriminatoire de presque toutes les activités. Le lancement de la campagne nationale Stop-sida (et ses effets positifs) a légitimé l'augmentation des activités et a eu pour conséquence une croissance du gâteau à distribuer. Beaucoup de projets réussiront, pendant cette période, à trouver une place dans le réseau. Les commissions, jusqu'à ce moment-là composée par des personnages politiques, des techniciens de la médecine et des acteurs établis dans le système de la santé, s'ouvrent à de nouveaux acteurs actifs dans le domaine du vih/sida. Les gouvernements cantonaux doivent, étant donné le mouvement dans ce domaine, prendre des décisions pour définir des stratégies plus concrètes, stratégies pour lesquelles ils trouvent une administration préparée à leur donner des conseils. L'administration publique devient ainsi l'acteur qui permet une définition des programmes à adopter, définition qui n'est pas politique mais basée sur les premières expériences réalisées et fortement influencée par le travail éclairant de l'OFSP dans les cantons. Le réseau passe, donc, d'une période de politisation à une *période de concrétisation*.

Cette situation de passage annonce une nouvelle période d'évolution du réseau. Cette période peut être décrite comme celle de la *stabilisation* du réseau et de la *systématisation* des activités à travers une amélioration de la coordination. Elle se développe suite à une série d'évaluations des campagnes de prévention nationales et cantonales ainsi que du travail des antennes cantonales, évaluations qui soulignent différents problèmes auxquels

le système de maîtrise du vih/sida est confronté et qui proposent de les surmonter à travers une meilleure coordination du réseau. En effet, des organes de coordination manquent pour lier les acteurs travaillant dans le domaine du vih/sida. Seules les commissions, existantes dans plusieurs cantons, pourraient remplir cette tâche mais, du fait de leur politisation et comme leur but primordial est de conseiller leur gouvernement respectif, elles ne constituent pas un moyen approprié pour coordonner des acteurs si différents tels qu'ils existent à ce moment-là. Les membres de ces commissions, mises en place pour trouver un consensus sur les programmes à suivre dans la maîtrise du vih/sida, réussissent à peine à formuler des consensus entre les courants politiques: la majorité d'entre elles se distinguent par leur dynamique interne d'auto-blocage et de d'externalisation des problèmes.

Ces efforts de systématisation se réaliseront à des échelons différents et si des cantons, à l'heure de notre recherche, ont développé des organes de coordination puissants, d'autres coordonnent le réseau de façon plus souple. A Berne, notamment, cette systématisation sera mise en place rapidement grâce à l'instauration de la coordination cantonale. Mais cette systématisation du réseau bernois est cependant limitée puisque la coordination cantonale est destinée au secteur public et que peu de contacts existent avec l'organe de coordination qui s'est développé pour le secteur privé, à savoir l'antenne cantonale. A Genève, c'est, de façon très limitée, la Commission pour les problèmes liés au sida (qui, contrairement à la majorité des autres commissions cantonales n'a pas été créée pour conseiller le gouvernement mais pour offrir une plate-forme de rencontre) et le Groupe Sida Genève qui tentent de coordonner les acteurs du réseau. Le Département de la santé publique, par le biais des subventions qu'il distribue et des programmes interorganisationnels auxquels il participe, constitue aussi un organe de coordination. A Lucerne, l'antenne cantonale coordonne la prévention et l'accompagnement en dehors des institutions et services étatiques alors que seulement un faible centre de coordination ne s'est constitué au sein du secteur public (des spécialistes se penchent sporadiquement sur un aspect du vih/sida pris en charge par le secteur public et tentent de rationaliser l'intervention). Dans le canton de Vaud, le service du médecin cantonal cherche à coordonner les activités et à combler les lacunes par l'animation de la Commission pour la prévention du sida dans les écoles et de différents groupes de travail ainsi que par des interventions incitatives. Cette coordination a été rapidement mise en place puisque le médecin cantonal a déjà marqué de son empreinte la constitution du réseau vaudois. Mais à mesure que le champ du vih/sida attire de nouveaux acteurs, son rôle de coordination

devient plus incisif. A Zurich, suite au conseil de la commission cantonale, c'est le délégué pour les questions liées au vih/sida qui accomplit la tâche de coordination. Enfin, au niveau national, il existe deux centres de coordination, liés entre eux, qui organisent le réseau, à savoir le Bureau central pour les questions liées au sida de l'OFSP et l'Aide Suisse contre le Sida (cette fonction de coordination, nous l'avons vu dans l'analyse des données agrégées s'étend même à l'ensemble de la Suisse).

Ces lieux de coordination ont comme effet de compacter le réseau. C'est à partir d'eux qu'on réussit à identifier les lacunes dans l'approvisionnement et à déterminer une allocation plus rationnelle des ressources. De nouveaux projets qui se forment en dehors des réseaux existants ont de la peine - voire même ne réussissent pas - à s'établir. Quant aux acteurs qui ne partagent pas les décisions fondamentales de ces organes de coordination - décisions prises de différentes façons, mais souvent après une négociation et concertation avec les acteurs actifs dans le domaine - ils sont exclus du réseau avec pour conséquence principale de perdre l'accès aux subventions publiques.

On peut aussi constater, dans cette période, une rationalisation des services réalisés par les acteurs du réseau vih/sida et la formation, on pourrait dire, d'un *système* de la prise en charge et de la prévention du vih/sida. Ceci a des effets non négligeables sur les développements futurs des réseaux. En premier lieu, le vih/sida n'est plus traité comme un défi posé à la société, mais comme un problème à résoudre dans un secteur du système social spécialisé en matière de vih/sida. La logique d'organisation interne du réseau est guidée par une rationalisation de la division du travail, alors que l'action externe prend la forme d'activités de lobbying visant à augmenter l'affluence des ressources. Il n'est en effet plus si facile d'obtenir des subventions publiques ou des ressources privées sans démontrer que le "secteur" du vih/sida en a plus besoin que d'autres secteurs, comme par exemple celui de la recherche et de la prévention du cancer. Ce phénomène de sectorialisation est perçu par les acteurs présents dans la maîtrise du vih/sida comme le passage d'une phase d'abondance - dans laquelle il semblait que les ressources destinées aux activités pour la lutte anti-sida étaient infinies - à une phase où la somme des ressources disponibles stagne.

En deuxième lieu, dans cette période, le welfare mix a tendance à être moins déterminé par les forces présentes dans la société civile et par l'agir incitateur de l'Etat (rencontré pendant la mise en place du réseau). C'est de plus en plus l'agir stratégique des organes de coordination - qu'ils soient publics ou privés - qui détermine le welfare mix. En d'autres termes, le welfare mix dépend de négociations internes au secteur du vih/sida

entre acteurs publics et privés, lesquelles produisent des arrangements institutionnels qui ont pour logique d'avantager les structures existantes. Certes, ce changement a, dans un premier temps, pour conséquence de bloquer les activités innovatrices, mais il permet aussi d'améliorer ce qui existe (par exemple en professionnalisant certaines activités administratives ou en utilisant davantage les connaissances acquises dans le travail social), tâche importante après des années d'évolution turbulente.

Enfin, pour aborder la question du contrôle de l'utilisation efficace des ressources publiques - problème qui se posait pendant la mise en place des services - la sectorialisation du champ du vih/sida est accompagnée par une délégation de la tâche de contrôle hors des instances traditionnelles de contrôle, à savoir le gouvernement et le parlement. En effet, on constate désormais l'existence d'acteurs centraux dans le réseau prenant en charge la tâche de contrôle de l'allocation des ressources et qui, de ce fait, légitiment les nouveaux projets et nouvelles initiatives se formant à cette époque. Ces acteurs - généralement les antennes cantonales de l'ASS, mais aussi les organes de coordination étatique -, en devenant garants de la juste allocation des ressources publiques, prennent des fonctions étatiques de légitimation ainsi que des fonctions d'interlocuteur pour des acteurs externes au réseau.

*Tableau 13.1: facettes du modèle suisse de maîtrise du vih/sida*

Le tableau 13.1 reprend les différentes étapes que la lutte contre le sida en distinguant les solutions adoptées par les cinq cantons analysés et pour le niveau national. Plus précisément, ce tableau tente de systématiser les premières réactions dans les différentes réalités territoriales (période de constitution), la concrétisation (grâce à l'émergence d'un consensus) de ces réactions et la systématisation de l'intervention. Il nous permet ainsi de distinguer différentes facettes du modèle suisse de maîtrise du vih/sida. Pour les réactions, ce sont, suivant les cas, les acteurs privés ou les acteurs publics (parfois les deux) qui réagissent. Par contre, à partir de la période de concrétisation, on constate que dans tous les cas (à l'exception du canton de Lucerne) l'administration prend un rôle actif dans la maîtrise du vih/sida. De même, on assiste dans toutes les réalités territoriales à une autonomisation du secteur, autonomisation qui peut prendre des formes différentes.

## **Conclusion**

La maîtrise du vih/sida en Suisse arrive désormais à sa dixième année d'histoire. La

reconstruction dessinée jusqu'ici montre une histoire de succès, couronnée par la reconnaissance et l'appréciation internationale du modèle. Néanmoins, il est important de souligner que la mise en place de ce modèle ne correspond pas au type d'évolution qu'on rencontre traditionnellement dans le système social suisse. C'est, en d'autres termes, non seulement un exemple pour d'autres pays, mais aussi un exemple à suivre dans d'autres domaines du système social suisse. Sa force consiste dans le type d'intégration du réseau qui admet le fédéralisme, sans que celui-ci devienne le facteur déterminant. La politique d'incitation, commencée en 1985 par l'appui actif de la part de l'Office fédéral de la santé publique aux différents projets et initiatives qui étaient en train de se former, instaurera un système de prévention et de prise en charge qui est le résultat d'une politique consciente et déterminée. La campagne nationale, mise en place sans devoir rendre compte des sensibilités cantonales, a pu être complétée par les cantons qui l'ont adaptée à leurs réalités. L'évolution de ce réseau hétérarchique, avec des centres cantonaux et nationaux, est, en fin compte, dirigé par les deux acteurs nationaux, l'Office fédéral de la santé publique et l'Aide Suisse contre le Sida qui *garantissent* l'établissement des services de base et, surtout la diffusion de l'information préventive essentielle, tout en *permettant* aux cantons d'adapter et de perfectionner ces services et ces messages préventifs.

Par contre, une telle évolution contient néanmoins quelques dangers dus à la faiblesse d'un réseau émergent. Les acteurs centraux dans ce domaine ont une expérience limitée à quelques années et doivent sans cesse définir et redéfinir leurs règles de fonctionnement interne et, en partie, leurs buts. Parmi les acteurs publics, l'introduction d'une administration flexible du risque reste problématique en raison de l'utilisation de nouveaux styles d'agir pour lequel l'administration n'est pas préparée et même pas institutionnellement suffisamment couverte. La flexibilité est en effet basée sur un modèle coopératif laissant d'important espaces d'action aux fonctionnaires. Or, pour que ce modèle puisse être affirmé, plusieurs conflits ont eu lieu à l'intérieur de l'administration fédérale (et encore aujourd'hui l'affirmation de ce modèle reste un enjeu important à l'intérieur des administrations). Pour les acteurs privés, aussi, l'établissement de services occasionne certaines remises en questions. Beaucoup de conflits ont par exemple marqué l'histoire de l'Aide Suisse contre le Sida, ce qui aurait pu miner sa légitimité auprès des décideurs politiques qui, par défaut d'autre alternative, ont pris cette organisation comme partenaire principal. Le travail de l'ASS est ainsi garanti par la confiance et la légitimité que lui accordent les autorités politiques. De même, la sectorialisation du réseau a seulement pu se réaliser grâce à une base de confiance, existant parmi les décideurs

politiques, envers les acteurs sida. Etant donné le consensus précaire dans les gouvernements cantonaux, mais aussi au sein de l'exécutif fédéral, il est tout à fait possible qu'un changement de style de gouvernement allant vers une accentuation de la confrontation entre les positions politiques, comme il est envisagé par différents partis politiques, pourrait briser la confiance et détruire les réseaux du type analysé, nécessitant, pour fonctionner, d'un large support de différentes fractions du pouvoir politique.

#### **IV. La maîtrise des problèmes liés à l'alcool en Suisse**

De nombreux jugements sont portés sur l'alcool. D'aucuns le considèrent comme une drogue, d'autres le revêtent d'une charge symbolique (notamment dans les rites religieux), sociale (d'appartenance) ou psychologique (comme facteur désinhibiteur). Ces différentes attitudes envers l'alcool coexistent souvent au sein d'une même société et oscillent entre une attitude libérale envers la consommation d'alcool et une attitude plus restrictive, voire prohibitive. Cependant, chaque société ou civilisation est caractérisée par une attitude dominante à l'égard de la consommation d'alcool, ce qui permet de distinguer plusieurs cultures de boire, bien que les différences tendent à s'estomper (Ernst 1989: 9). La société suisse, par exemple, est très permissive envers la consommation d'alcool. Celle-ci est non seulement tolérée (ainsi que l'ivresse), mais parfois elle est aussi encouragée (Müller 1983). Quant aux différences entre régions suisses (notamment les régions linguistiques qui, selon certains, ont des cultures de boire différentes), celles-ci se résorbent et de véritables distinctions dans les modèles de boire ne sont pas visibles.

L'alcoolisme, quant à lui, a une connotation péjorative quelles que soient les cultures. Au 19<sup>ème</sup> siècle, l'alcoolisme - voire même, dans certains pays, la simple consommation d'alcool - est considéré comme une défaillance morale. Le vice et le péché caractérisent la dépendance à l'alcool. Mais, dans les années d'après-guerre, les notions de péché et de vice attachées à l'alcoolisme sont remplacées par une conception médicale. Ainsi, est alcoolique "tout sujet chez qui la consommation d'alcool a provoqué des dégâts d'ordre psychique, social ou physique" (OMS 1952). Mais cette définition reste générale et nous dit peu sur l'état du patient. Aussi, suite aux travaux du chercheur Jellinek, définit-on l'alcoolisme comme une maladie traversant des étapes (abus d'alcool, dépendance à l'égard de l'alcool et séquelles de l'alcool) et caractérisée par une perte de contrôle sur la consommation d'alcool. Cependant, ces différentes formes d'alcoolisme ne suivent pas

une dynamique propre et n'engendrent pas un type d'alcoolique spécifique. Les travaux de Jellinek ont montré qu'il existe en fait plusieurs types d'alcooliques correspondant aux différentes formes d'alcoolisme (OFSP 1989: 12-13).

Alors que cette conception de l'alcoolisme relève d'une approche purement médicale, certains courants préfèrent considérer l'alcoolisme non pas comme une maladie où les aspects sociaux et psychologiques des individus seraient ignorés, mais comme une déviation sociale. Aujourd'hui, la conception dominante a su intégrer les différentes critiques apportées au modèle de Jellinek et admet que des conditions biologiques, sociales et psychologiques interviennent diversement dans le développement de l'alcoolisme. Celui-ci ne peut plus être réduit à une simple maladie mais "constitue un syndrome résultant de diverses combinaisons de risques" (Ernst 1989: 15; voir aussi OFSP 1989: 16).

Quant aux problèmes liés à l'alcool et à l'alcoolisme, ils sont nombreux et variés. Tout d'abord, l'abus d'alcool implique des problèmes de mortalité du fait du nombre élevé de cirrhoses et d'accidents routiers qu'il provoque. Il est aussi à l'origine de nombreuses maladies et accidents non mortels (notamment routiers) qui constituent une charge élevée pour le système de santé. Mais en plus des effets néfastes sur la santé, l'abus d'alcool est à l'origine de complications psycho-sociales se manifestant par exemple dans le cadre du travail et de la famille et ayant souvent pour conséquence l'isolement social. Enfin, la consommation abusive d'alcool peut aussi avoir des conséquences économiques, notamment en ce qui concerne son abus sur les lieux de travail (Ernst 1989: 48-49; OFSP 1989: 16; Müller 1982).

S'il est évident qu'une façon de lutter contre les problèmes liés à l'alcool peut se faire sur la "maladie" elle-même, la maîtrise de ces problèmes entraîne toute une série d'activités dépassant le strict domaine de la prise en charge. Par exemple, il s'agit d'informer et de rendre conscients les consommateurs d'alcool (ou futurs consommateurs) des dangers des boissons alcoolisées grâce à des actions de prévention. De plus, la maîtrise de l'alcoolisme et de toutes ses conséquences ne nécessite pas seulement que le problème soit reconnu comme tel par la population, mais encore par les autorités publiques. Il est en effet important que les personnes concernées interviennent auprès des autorités (le plus souvent à travers des organisations) pour qu'elles inscrivent la problématique de l'alcoolisme dans leurs programmes et subventionnent les différentes initiatives allant dans le sens d'une réduction des problèmes liés à l'alcool.

Vouloir maîtriser les problèmes liés à l'alcool requiert donc des interventions dans

plusieurs domaines. En fait, de manière comparable au vih/sida, la lutte antialcoolique recouvre toute une série d'activités que l'on peut, par souci de comparabilité, regrouper dans les catégories de la prévention; des soins et services sociaux; du contrôle, de la compréhension, de la surveillance et du service d'études; de la défense d'intérêts, de la protection des droits de l'homme et civils; et, enfin, de support financier. Par contre, il est clair que si certaines activités réalisées dans le champ du vih/sida se retrouvent dans le champ de l'alcoolisme, il existe toute une série d'activités spécifiques à la lutte antialcoolique. Le tableau IV.1 présente, de manière détaillée, les différentes activités liées à la maîtrise de l'alcoolisme.

*Tableau IV.1: activités entreprises par les organisations et institutions dans le champ des problèmes liés à l'alcool*

#### **14. Les problèmes liés à l'alcool en Suisse: une vision agrégée**

Les statistiques portant sur la consommation d'alcool témoignent de l'attitude permissive et libérale de la société suisse à l'égard de l'alcool soulignée en introduction: entre 1981 et 1985, les personnes résidant en Suisse ont consommé en moyenne 11,2 litres d'alcool pur par an et par personne. En comparant cette moyenne avec d'autres pays d'Europe, la Suisse se trouve dans le premier tiers des consommateurs d'alcool (Ernst 1989: 41). Si en comparaison internationale la Suisse a toujours eu une consommation d'alcool moyenne relativement élevée, celle-ci a néanmoins varié selon les périodes. Ainsi, entre 1840 et 1884, la consommation d'alcool était de 14 litres par tête d'habitant. Puis, entre 1885 et 1889, elle a atteint son plus haut niveau (16 litres) pour ensuite redescendre à moins de 8 litres par habitant pendant la deuxième guerre mondiale. Depuis lors, la consommation d'alcool n'a cessé de croître et, entre 1950 et 1975, elle a augmenté de 30% (voir Cahannes/Müller 1981: 70ss et Ernst 1989: 40).

En ce qui concerne la prévalence de l'alcoolisme en Suisse, si l'on considère que les personnes consommant plus de 80 grammes d'alcool pur par jour sont fortement menacées (notamment par des problèmes de cirrhose), des études ont estimé que 9% de la population suisse masculine âgée de 15 à 74 ans et 0.5% de la population suisse féminine appartenant à cette même tranche d'âge est menacée par sa consommation d'alcool, ce qui nous donne environ 220'000 personnes souffrant d'abus d'alcool au milieu des années 1980. En admettant que ces personnes impliquent chacune une ou deux personnes

(notamment les membres de la famille), on estime le nombre de personnes touchées par les problèmes liés à l'alcool, que ce soit directement ou indirectement, à plus d'un demi million (chiffres cités par Ernst 1989: 44-45).

### **Réactions aux problèmes liés à l'alcool**

La Suisse a été l'un des premiers pays à adopter une loi limitant la production d'alcool (voir Armyr, Elmér, Herz 1982). Suite aux lois promulguées dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle et favorisant l'expansion industrielle (notamment par la liberté du commerce), les distilleries ainsi que le nombre de débits d'alcool sont pris du même élan caractérisant cette période. En conséquence, la consommation d'alcool ne cesse de croître - particulièrement au sein de la classe ouvrière - ce qui, aux yeux de certains chefs d'entreprises, compromet la production industrielle. Par ailleurs, les milieux proches de l'Eglise protestante luttent pour la diminution de la consommation de l'alcool afin de remoraliser la société. A ces intérêts de profit et de morale, s'opposent des intérêts des producteurs et des cantons qui, chacun, voient dans la consommation d'alcool une source de revenu.

Malgré ces intérêts divergents, les forces en présence réussissent, en 1885, à s'accorder sur une révision constitutionnelle. Celle-ci confère au gouvernement fédéral le droit de légiférer sur les boissons distillées (à l'exception des eaux-de-vie provenant de vins, de fruits et de baies) et prévoit que le bénéfice net de l'imposition fédérale sur l'alcool soit réparti entre les cantons qui sont tenus - et ceci sera décisif pour les réseaux organisationnels dans le champ de l'alcoolisme - d'en utiliser un dixième (la dîme de l'alcool) pour la lutte contre les problèmes liés à l'alcool. Cet article constitutionnel débouche, une année plus tard, sur une loi donnant à la Confédération le monopole de la production de boissons distillées et instaurant la Régie fédérale des alcools qui est chargée de l'application de la loi et de la collecte des taxes sur les boissons distillées.

Près de cent ans plus tard, cet article constitutionnel et les grandes lignes de la loi d'application - qui, pour l'époque, sont totalement contraires à l'idéologie dominante de liberté de commerce et qui donnent à l'Etat fédéral des pouvoirs inhabituels - sont toujours en vigueur, bien qu'ils aient été l'objet de plusieurs révisions. Par exemple, en 1930, l'article constitutionnel est révisé et le monopole de la production de boissons distillées est étendu aux eaux-de-vie de fruits et de vins. Suite à cette révision, une nouvelle Loi sur l'alcool entre en vigueur et prévoit qu le bénéfice net de la Régie fédérale des alcools n'est plus distribué que pour moitié au cantons, l'autre moitié revenant à la Confédération pour financer la création de l'AVS. En conséquence, la part des recettes

allouées à la lutte contre l'alcoolisme diminue de moitié (ce ne sont plus que 5% qui sont distribués au titre de la dîme). En 1967, la loi est complétée par l'introduction d'un article autorisant le gouvernement à soutenir les organisations nationales ayant des activités de prévention de l'alcoolisme. En 1985, c'est l'article constitutionnel qui est révisé. Dès lors, la part du bénéfice net que les cantons avaient l'habitude de recevoir est attribuée à la Confédération mais ce sont à nouveau 10% de l'intégralité des recettes de la Régie fédérale des alcools qui sont distribués aux cantons dans le cadre de la dîme de l'alcool. Cependant, la dîme n'est plus exclusivement réservée à la lutte contre l'alcoolisme, mais est élargie à toute forme de dépendance (voir RFA 1990). Ainsi, par exemple, entre juin 1990 et juin 91, ce sont 21,1 millions qui ont été distribués aux cantons auxquels on doit encore ajouter 22,3 millions provenant de la fortune de la dîme de l'alcool (RFA 1991). En effet, selon une ordonnance fédérale édictée en 1986, la partie des recettes provenant de la dîme qui devait, selon la loi, être mise dans des réserves (la fortune de la dîme) a été liquidée et distribuée aux cantons sur une période de cinq ans. Ainsi, pendant cinq ans, les moyens mis à disposition pour la lutte contre l'alcoolisme par la Confédération ont été particulièrement élevés. Dès 1992/93, cette source de revenu supplémentaire a été épuisée, ce qui cause des problèmes financiers auprès des institutions et organisations bénéficiaires.

En dehors de cet article constitutionnel qui se limite aux boissons distillées, aucune autre législation favorisant la lutte contre l'alcoolisme n'existe en Suisse. Au contraire, depuis plus d'un siècle, la politique suisse en matière d'alcool a limité et taxé la production de boissons distillées tout en encourageant la production de vin par l'octroi d'importantes subventions et par l'établissement de barrières contre la concurrence étrangère. Quant à la production de bière et de cidre fermenté, est elle seulement réglée dans le cadre de la Loi sur les denrées alimentaires A l'exception des actes légaux traitant de problèmes liés à l'alcool que l'on peut trouver dans le code pénal suisse et dans le cadre de la Loi fédérale sur la circulation routière et des outils législatifs à disposition des cantons (principalement la loi sur les auberges, les dispositions pour la protection des jeunes et la législation concernant les modes de traitement) et des communes (réglementations dans les domaines du scolaire et de l'emploi), la Loi sur l'alcool reste le seul outil de la politique antialcoolique suisse.

Si l'on considère maintenant les réactions aux problèmes liés à l'abus d'alcool d'un point de vue organisationnel, nos données indiquent l'existence d'organisations à partir de 1857. Entre 1857 et 1991, de nombreux acteurs traitant des problèmes liés à l'alcool (aussi

bien spécialisés en matière de problèmes liés à l'alcool que polyvalents) se sont constitués. Parmi ceux-ci, 289 acteurs existent encore en 1991 dont plus de la moitié ont été formés après la deuxième guerre mondiale, comme le témoigne la figure 14.1.

**Figure 14.1:** *évolution des organisations et institutions totales, publiques, spécialisées et polyvalents*

(a) Le  $n$  n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes

Même s'il nous est difficile d'avoir une image exacte de l'évolution du paysage organisationnel en matière d'alcoolisme (notre inventaire ne tient en effet pas compte d'organisations et d'institutions qui auraient disparu et considère comme polyvalentes des organisations qui, lors de leur formation, étaient spécialisées), l'observation de la date de fondation des acteurs recensés nous donne des indications intéressantes. Une analyse plus qualitative des réseaux d'organisations dans les cantons sélectionnés nous a en effet montré que la "mortalité" des acteurs alcool est très faible (les principaux acteurs s'étant constitués à la fin du siècle passé et au début de notre siècle existent par exemple toujours, même si le nombre de leurs membres est en diminution). On constate ainsi que ce sont les organisations privées spécialisées telles que la Croix-Bleue ou d'autres organisations de lutte antialcoolique qui ont réagi les premières (en 1900, on compte une trentaine d'organisations spécialisées) et qu'aujourd'hui encore, le réseau alcool est constitué d'une majorité d'acteurs privés spécialisés: nous avons en effet compté 142 acteurs privés ayant des programmes exclusivement liés à la maîtrise de l'alcoolisme (acteurs spécialisés) contre 53 acteurs publics et 94 acteurs privés traitant l'alcoolisme de manière non-exclusive (acteurs polyvalents).

Ces chiffres ne rendent cependant pas compte de la réelle étendue de la prise en charge organisationnelle des problèmes liés à l'alcool en Suisse car ils ne comprennent pas les multiples sections et sous-sections locales que de nombreuses organisations ont développé au cours de leur histoire et qui garantissent une implantation régionale de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool. En fait, ce ne sont pas moins de 1200 acteurs qui sont présents dans le champ de l'alcoolisme. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné plus haut, ils ne présentent que les organisations existant lors de notre recherche et omettent toutes les organisations qui ont existé mais qui n'ont pas survécu au temps. Ainsi, connaître l'histoire de la maîtrise de l'alcoolisme en Suisse nécessite de regarder au-delà de nos chiffres (notamment pour les premiers temps de la lutte antialcoolique).

## **Quelques éléments historiques de la lutte antialcoolique**

Les idées du mouvement de tempérance (qui s'était surtout développé aux Etats-Unis) s'implantent en Suisse dès 1830 parmi la bourgeoisie libérale qui se développe à cette époque. Celle-ci trouve dans la lutte contre la pauvreté en général et contre l'alcoolisme en particulier, ainsi que dans la morale protestante dont elle s'inspire, une façon de propager son idéal d'égalité et de liberté et de se donner une légitimité sociale. C'est le temps des sociétés d'utilité publique et des premières sociétés de tempérance dont le but est une moralisation des classes ouvrières. Cependant, ces premières initiatives ont eu une portée limitée et ne sont pas sorties des régions protestantes de Suisse romande. Par ailleurs, suite à la création de l'Etat fédéral qui a donné à la bourgeoisie libérale toute sa légitimité, ces organisations se sont éteintes.

C'est dans une deuxième phase, à partir de 1860, que la lutte antialcoolique prend ses réelles dimensions et que l'on peut parler de constitution d'un réseau alcool. Dans cette seconde phase, ce sont principalement les organisations représentant les couches moyennes et les ouvriers qui se penchent sur les problèmes liés à l'alcool et, en suivant la même logique que la bourgeoisie libérale quelques années auparavant, elles utilisent la lutte contre la paupérisation (et de l'alcoolisme) dans un but d'hégémonie sociale. Plus précisément, la nouvelle classe moyenne tente de se légitimer comme classe dominante à travers ses expressions organisationnelles et en reprenant la vision moraliste des organisations libérales, tout en y ajoutant des aspects thérapeutiques (on ne considère plus l'alcoolique comme une personne dépravée, mais comme une personne que l'on peut soigner, même si son mal repose sur un vice). Parmi ces organisations représentant les couches moyennes, deux courants peuvent être distingués: d'une part, on trouve des organisations basées sur la tradition protestante et proches de l'Eglise telles que la Croix-Bleue (fondée en 1870 par le pasteur Louis-Lucien Rochat); d'autre part, on observe la constitution d'organisations motivées par un souci d'hygiène sociale et confessionnellement "neutres" (comme par exemple les Bons Templiers). Quant aux organisations représentant les ouvriers, elles utilisent les problèmes liés à l'alcool (et la paupérisation en général) dans un discours émancipateur. Au-delà de ces différences, les membres de ces organisations - que l'on peut qualifier d'"organisations pionnières" - se réunissent sur l'idée d'abstinence et c'est grâce à leurs efforts conjugués que la Suisse a été l'un des premiers pays à adopter une législation rendant plus difficiles la production et la vente d'eaux-de-vie. Ces organisations forment donc, en dépit de leurs différences, un mouvement abstinent qui, s'il n'a jamais représenté une force politique comparable au

mouvement de tempérance américain, a toujours été considéré comme un acteur majeur de la lutte contre l'alcoolisme par les autorités publiques.

Cependant, au fil des ans, les moyens de lutte contre les problèmes liés à l'alcool ainsi que la conception de l'alcoolisme ont changé. D'une conception moralisante où l'alcoolisme est considéré comme un vice ou une déperdition de l'esprit, on passe, à partir des années 1950 (suite notamment aux travaux de Jellinek) à une conception basée sur le savoir considérant l'alcoolisme comme une maladie (des médicaments tels que l'Antabus sont développés). L'Etat passe ainsi d'une fonction répressive (les alcooliques étaient alors souvent internés en raison des dangers qu'ils portaient à la société) à une fonction thérapeutique, ce qui favorise l'intégration de programmes liés à l'abus d'alcool dans des organisations polyvalentes et, dans une moindre mesure, dans des organisations publiques - en particulier des services sociaux. Ces transformations autour des problèmes liés à l'alcool, nous pourrions le voir par la suite, sont fondamentales pour les différents réseaux alcool analysés. En effet, les organisations polyvalentes et les services publics incorporant des programmes alcool ainsi que les acteurs spécialisés se constituant à partir de 1950 se distingueront du mouvement d'abstinence sur la conception de l'alcoolisme et les moyens mis en oeuvre, les uns voyant dans l'alcoolisme une maladie nécessitant des services professionnalisés, les autres un vice dont le combat est basé sur un engagement bénévole.

Cette longue évolution débouche, en 1991, sur une maîtrise des problèmes liés à l'alcool aux multiples facettes. On trouve aussi bien des hôpitaux et des centres thérapeutiques que des organisations d'entraide, voire même des entreprises privées. Le tableau 14.1 présente les acteurs recensés selon leur genre.

**Tableau 14.1:** *répartition en pourcentages des organisations et institutions selon leur genre*

Par ailleurs, les activités réalisées par ces différents acteurs sont variées et couvrent tout l'éventail des activités décrites plus haut. Cependant, dans le champ de l'alcoolisme, le travail de terrain semble décisif: plus de la moitié des acteurs ont des activités psychosociales et les trois activités réalisées le plus souvent sont des activités de terrain. La prévention est aussi un souci pour bon nombre d'acteurs recensés puisque parmi les dix activités principalement citées, quatre sont de l'ordre de la prévention (tableau 14.2).

**Tableau 14.2:** *pourcentage des organisations et institutions réalisant des activités alcool<sup>(a)</sup>*

(a) plusieurs réponses possibles

### **Division du travail entre acteurs privés et publics**

La diversité de la maîtrise des problèmes liés à l'alcool ne débouche pas forcément sur une situation chaotique et on peut observer une division du travail entre les différents types d'acteurs recensés, à savoir entre les institutions publiques, les organisations privées spécialisées et les organisations privées polyvalentes. Si l'on considère le but premier que se donne un acteur, la division du travail se fait surtout pour les domaines de la prévention et de la défense d'intérêts. Le tableau 14.3 présentant le pourcentage d'acteurs qui se fixent comme objectif principal une activité entrant dans les catégories décrites plus haut montre que si les acteurs publics et privés favorisent les aspects de prise en charge (soins médicaux et psychologiques) dans une proportion comparable (environ deux tiers), la proportion des acteurs publics à se donner comme tâche principale la prévention est inférieure à celle des acteurs privés. Par ailleurs, on constate que près d'un cinquième des institutions publiques ont des activités de défense d'intérêt, situation surprenante en comparaison des résultats obtenus dans le champ du vih/sida où aucune institution publique ne se donne comme but premier une tâche entrant dans cette catégorie. Cependant, en distinguant les tâches entrant dans cette catégorie de manière plus précise, il ressort que les institutions publiques se donnant une telle tâche sont en fait des services réalisant ou coordonnant une politique en matière d'alcoolisme.

**Tableau 14.3:** *répartition en pourcentages des acteurs selon leur type et la tâche principale*

D'autres distinctions concernant la division du travail entre types d'acteurs peuvent être établies. Lorsqu'on affine l'analyse et que l'on considère les tâches individuellement et non les catégories de tâches, on constate que ce sont seulement les institutions publiques qui ont pour but premier de prodiguer des soins médicaux aux personnes touchées par des problèmes liés à l'abus d'alcool. Par ailleurs, lorsqu'on regarde le pourcentage d'acteurs publics, spécialisés et polyvalents réalisant chacun des activités, indépendamment de leur but premier, ces premiers résultats sont confirmés. On observe aussi une part plus importante d'acteurs privés réalisant des activités de prévention et d'acteurs publics avec des activités de défense d'intérêts. De manière plus détaillée, on observe que parmi les institutions publiques, la proportion qui fournit des cures de désintoxication est plus élevée que pour les organisations privées. La tendance s'inverse par contre pour les groupes d'entraide pour lesquels la part d'organisations à animer des groupes d'entraide est

plus importante parmi les organisations spécialisées.

En résumé, aussi bien l'observation du but premier que se donne une organisation que des activités qu'elle réalise ne permet de déceler une division du travail entre acteurs publics et privés marquée. En revanche, ces types d'acteurs se distinguent plus clairement quant au genre qu'ils prennent (tableau 14.4). En effet, seul un tiers des institutions publiques sont des centres sociaux, alors que plus de la moitié des organisations privées ont pris cette fonction. Il en va de même pour les homes et centres de traitement qui semblent être un genre adopté principalement par les acteurs privés qui, par contre, prennent rarement la forme d'hôpitaux et de cliniques (alors que près d'un tiers des acteurs publics ont ce statut).

*Tableau 14.4: répartition des acteurs selon leur type et leur genre*

### **Organisations spécialisées et organisations polyvalentes**

L'histoire de la maîtrise de l'alcoolisme a illustré le rôle déterminant des organisations spécialisées dans la prévention et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool en Suisse. Il apparaît ainsi clairement que si l'on veut appréhender la contribution de la société civile suisse dans le champ de l'alcoolisme, il est important de distinguer les expressions organisationnelles spécifiquement créées pour la maîtrise des problèmes liés à l'abus d'alcool et celles traitant de problématiques plus générales. Elles se distinguent non seulement quant à leur rôle historique, mais aussi sur leur logique de fonctionnement.

Plus précisément, si l'on s'en tient à leur fonctionnement interne, on constate que:

- au niveau des ressources en personnel destinées aux activités liées à l'abus d'alcool (personnes employées et volontaires), les organisations spécialisées ont en moyenne à peu près le même nombre d'employés que les organisations polyvalentes (9 employés en moyenne). Il n'en va pas de même pour les volontaires où ceux-ci sont beaucoup plus nombreux dans les organisations spécialisées (22 contre 9). En conséquence, les organisations spécialisées ont des ressources en personnel plus importantes que les organisations polyvalentes, mais elles sont nettement moins professionnalisées que ces dernières si l'on considère la proportion professionnels/volontaires (ce qui en peut manquer d'avoir des conséquences sur les activités).
- Un quart des organisations spécialisées ont des sections ou sous-sections alors que seulement 14% des organisations polyvalentes en ont. De plus, les organisations spécialisées avec des sections en ont en moyenne 21, contre 8 pour les organisations polyvalentes. Ainsi, les organisations spécialisées dans le champ de l'alcoolisme se distinguent par leur diffusion territoriale alors que les organisations polyvalentes sont plus centralisées.

En ce qui concerne la logique externe des organisations privées traitant spécifiquement des problèmes liés à l'alcool et des organisations dont l'éventail d'activités est plus large, d'autres distinctions peuvent être observées:

- un peu moins de la moitié des organisations spécialisées ont des activités politiques (coordination d'une politique concernant les problèmes liés à l'alcool; pressions politiques; protection des droits humains et civiques et empêcher les discriminations) contre seulement un quart d'organisations polyvalentes.
- De plus, ce sont avant tout les organisations spécialisées qui ont des activités publiques: plus des deux tiers d'entre elles ont une ligne téléphonique, produisent du matériel d'information ou font des campagne d'information, contre la moitié des organisations polyvalentes.

Ces résultats nous laissent penser que les organisations spécialisées sont plus orientées vers l'espace public (leur souci principal, nous le verrons plus tard, est de faire accepter l'alcoolisme comme un problème de santé publique) que les organisations polyvalentes (elles font un travail surtout tourné vers leur clientèle). Ces résultats peuvent d'ailleurs expliquer les différences observées au niveau de la logique interne: la première orientation demande un travail en termes de valeurs (pour lequel le bénévolat est propice), alors que le second nécessite une intervention plus professionnalisée.

### **L'influence du fédéralisme**

La production de l'alcool, nous l'avons vu, est réglée par la Confédération. Par contre, la lutte contre les problèmes liés à l'alcool relève de la santé publique et concerne de ce fait aussi bien les collectivités locales que cantonales et, dans une moindre mesure, les instances nationales. En fait, certaines activités sont plutôt réalisées au niveau national, alors que d'autres le sont aux échelons fédéraux inférieurs. Le tableau 14.5 présente cette différenciation verticale en indiquant le pourcentage des acteurs selon leur rayon d'action et les activités qu'ils réalisent.

**Tableau 14.5:** *activités des acteurs locaux/cantonaux et des acteurs nationaux*<sup>(a)</sup>

(a) Le total des colonnes est supérieur à 100% car un seul acteur peut réaliser plusieurs activités

On observe ainsi qu'il y a très peu d'activités pour lesquelles la part des acteurs nationaux est plus élevée que la part des acteurs locaux ou cantonaux. En revanche, une grande partie des activités sont réalisées au niveau cantonal/local. Plus précisément, on peut dire que:

- tout comme dans le champ du vih/sida, les activités de type personnel sont avant tout réalisées au niveau local/cantonal. Deux raisons peuvent expliquer cette répartition: d'une part les organisations doivent être décentralisées et proches de leur clientèle et, d'autre part, dans le système fédéraliste suisse, les soins de santé et l'assistance sociale incombent aux cantons et, en partie, aux communes;
- si des pressions politiques se font aux niveaux local/cantonal et national (pour le niveau national, ce sont surtout des pressions en relation avec les initiatives jumelles sur l'interdiction de la publicité pour l'alcool et du tabac), les efforts de coordination d'une politique en matière d'alcool se font surtout au niveau cantonal, voire local;
- les acteurs nationaux sont surtout représentés pour des activités non personnalisées, basées sur un travail préventif et informatif.
- les organisations nationales qui ont des groupes d'entraide, qui offrent des soins de santé et des facilités d'hébergement sont essentiellement des organisations regroupant au sein d'un secrétariat national le travail fourni par leurs différentes sections et sous-sections ou alors des associations faitières répondant pour leurs organisations affiliées.

En résumé, bien que les acteurs nationaux interviennent dans le champ de l'alcoolisme, ce sont les acteurs locaux/cantonaux qui offrent le plus grand éventail d'activités, ce qui correspond aux principes fédéralistes suisses et témoigne d'une forte diffusion territoriale. Ceci est d'ailleurs confirmé par le fait que la majorité des projets ont un rayon d'action régional et cantonal (71%) alors que seules 22% des organisations sont nationales (dont 3% sont aussi internationales) et 10% sont locales. Et ces chiffres sous-estiment même la réalité: si l'on considère les différentes sections et sous-sections, ce sont plus des trois quarts des acteurs alcool qui sont présents au niveau local, alors qu'on ne trouve plus qu'un cinquième d'acteurs au niveau cantonal et à peine 5% au niveau national.

Mais qu'en est-il de la diffusion régionale? Les mesures prises (subventionnement de structures privées, mise sur pied de structures publiques) pour répondre aux problèmes liés à l'alcool sont-elles comparables pour l'ensemble du territoire suisse? Ne serait-ce que par le montant de la dîme à disposition des cantons et qui, en 1991, va de près de 43'000 sFr. pour Appenzell Intérieur à plus de 3'700'000 sFr. pour Zürich, on peut s'attendre à voir un paysage contrasté. Le tableau 14.6 tente de dessiner ce paysage en distinguant différents instruments de lutte antialcoolique et leur présence ou non dans les cantons suisses, ainsi que le nombre d'acteurs alcool.

*Tableau 14.6: mesures prises par les cantons et répartition des acteurs alcool*

\* Les Croix-Bleues des cantons de Saint-Gall et d'Argovie étendent leurs activités dans les cantons limitrophes. Ainsi, la Croix-Bleue saint-galloise a des sections dans les deux Appenzell et la Croix-Bleue argovienne dans le canton de Lucerne.

Tout d'abord, on remarque que chaque canton, contrairement au champ du vih/sida, connaît au moins un acteur intervenant dans la lutte contre l'alcoolisme. Ensuite, alors que tous les cantons ont des structures de prise en charge psycho-sociale (privées ou publiques), plusieurs cantons n'ont ni structure médicale, ni homes destinés aux personnes alcooliques. Quant à la Croix-Bleue, bien que cette organisation n'occupe plus une place centrale dans la maîtrise de l'alcoolisme aujourd'hui (et encore moins ses différentes sections), sa présence dans presque tous les cantons témoigne de l'importance historique de la lutte contre l'alcoolisme dans les différentes réalités territoriales suisses. Par ailleurs, ce tableau nous montre une plus grande sensibilité aux problèmes liés à l'alcool en Suisse alémanique que dans les autres parties de Suisse. En effet, le Tessin se distingue par le petit nombre d'acteurs alcools (2) présents sur son territoire (le canton de Soleure, avec 60'000 habitants de moins compte 15 institutions et organisations). Pour la Suisse romande, la réponse organisationnelle semble être plus différenciée: alors que les cantons de Fribourg, Genève, Neuchâtel et Vaud se rapprochent de ce que l'on peut voir en Suisse alémanique, les cantons du Valais et du Jura se rapprochent plus des proportions tessinoises. Si l'on considère maintenant les centres urbains, le tableau ne semble pas nous montrer un développement organisationnel particulier pour les cantons urbanisés. Par contre, si on affine l'analyse en tenant compte des institutions et organisations localisées dans les 5 plus grandes villes de Suisse (Zurich, Bâle, Genève, Berne et Lausanne), on compte la présence de 59 organisations, soit plus d'un quart de tous les acteurs ayant un rayon d'action local ou cantonal (alors que ces centres urbains abritent près d'un septième de la population suisse). Ces chiffres doivent cependant être relativisés par l'existence de sections et sous-sections d'organisations telles que la Croix-Bleue ou les Alcooliques Anonymes dans l'ensemble du territoire (et surtout à l'extérieur des centres urbains) qui assurent une répartition territoriale de la lutte contre l'alcoolisme.

### **L'intégration des acteurs dans le champ des problèmes liés à l'alcool**

Les acteurs présents dans la lutte contre les problèmes liés à l'alcool sont reliés les uns aux autres aussi bien par des structures hiérarchiques verticales que par des collaborations horizontales. *Verticalement*, les différents agents intermédiaires recensés sont souvent affiliés à d'autres organisations. On constate ainsi que les deux tiers des agents intermédiaires sont affiliés au moins à une autre organisation. Ce chiffre témoigne de la

structure hiérarchique présente dans le champ de l'alcoolisme en Suisse. Si les organisations sont fréquemment affiliées à une organisation faîtière regroupant des organisations de la même "famille" (les Croix-Bleue cantonales sont par exemple affiliée à la Croix-Bleue suisse), elles peuvent aussi l'être à des organisations à vocation intégrative telles que des fédérations. Par ailleurs, tout comme dans le champ du vih/sida, les affiliations se font surtout entre organisations similaires: 80% des organisations spécialisées sont affiliées à des organisations elles aussi spécialisées et 86% des polyvalentes suivent la même logique.

Quant à *l'intégration horizontale*, les méthodes utilisées ne nous permettent pas de l'étudier en détail les collaborations entre les différents acteurs. Cependant, on constate qu'il n'existe pas de grand centre de coordination dans le domaine de l'alcoolisme. En effet, seul 18% des acteurs recensés travaillent de près ou de loin avec l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et seulement 5% travaillent avec l'Association suisse des experts sur les questions de l'abus d'alcool et de la dépendance (VSFA), 4% avec l'Association suisse des sociétés d'abstinents (ASA) et 3% avec le Groupe Romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT). Il n'existe par ailleurs pas d'acteur central tel que l'Aide Suisse contre le Sida qui assumerait un rôle de coordination grâce à l'intervention d'"antennes" cantonales. La Croix-Bleue, par exemple, qui est représentée dans presque toutes les réalités cantonales, ne compte en effet que 14% d'institutions et d'organisations collaborant avec ses secrétariats cantonaux (alors que ce chiffre était de 40% pour les acteurs collaborant avec les antennes de l'Aide Suisse contre le Sida). En fait, ces résultats nous permettent de penser que la coordination dans le domaine de l'alcoolisme en Suisse ne se fait pas autour d'un acteur central mais autour de plusieurs centres qui réunissent des acteurs partageant des caractéristiques communes (par exemple les sociétés d'abstinents, les maisons de réhabilitation, etc.).

## **Conclusion**

Ce premier regard sur le champ de l'alcoolisme en Suisse ne nous donne certes pas d'image des différents réseaux s'étant constitués autour de l'abus d'alcool et de ses problèmes, mais il nous montre néanmoins que, d'un point de vue organisationnel, l'alcool a constitué un problème important depuis le siècle passé. Ce sont les organisations spécialisées qui ont été le moteur de la prise de conscience des problèmes liés à l'alcool, bien que des organisations polyvalentes et des institutions publiques aient été présentes dans le champ dès les premières années.

Au fil des ans, une division du travail s'est établie entre les différents types d'acteurs, division qui marque le genre de services mis à disposition. Ainsi, ce sont avant tout les acteurs publics qui offrent des services médicalisés alors que les acteurs privés se concentrent plus sur les aspects psycho-sociaux et sur l'intégration des problèmes liés à l'alcool dans l'espace public.

Enfin, la prévention et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool sont assurées par tous les cantons. Si cette diffusion a l'avantage de donner à la lutte contre les problèmes liés à l'alcool une structure capillaire, elle débouche par contre sur une situation dans laquelle les différents acteurs collaborent peu entre eux. L'évolution du champ de l'alcoolisme a en effet été marquée par plusieurs courants (le mouvement d'abstinence dans lequel on trouve des organisations confessionnelles et non-confessionnelles, des organisations de professionnels, les organisations de solidarité traditionnelles qui ont intégré la problématique, etc.) et, aujourd'hui, on constate l'absence d'un acteur intégrateur. Seul l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) semble remplir, par ses activités d'information et de recherche, une telle fonction d'intégration. En effet, il constitue un acteur de référence pour un nombre important d'institutions et d'organisations actives dans le champ de l'alcoolisme.

## **15. Réseau national**

Les problèmes liés à l'alcool, nous l'avons vu, ont suscité des réactions de la part de différents groupements - surtout religieux - dès le début du dix-neuvième siècle. Si ces premières organisations sont le fruit d'initiatives locales et n'ont parfois pas survécu au vingtième siècle, certaines d'entre elles se sont néanmoins élargies pour recouvrir toute la Suisse, voire même d'autres pays. Par ailleurs, d'autres organisations se sont formées au cours de notre siècle. Quelques-unes, parties du niveau local, ont étendu leurs activités au niveau national. D'autres, par contre, ont été spécifiquement créées pour agir au niveau national. Suite à ces développements, on compte en 1991, au niveau national, un total de 40 organisations et institutions travaillant dans le champ des problèmes liés l'alcool. Sur ces 40 acteurs nationaux, on trouve 36 acteurs privés, dont 23 sont spécialisés et 13 polyvalents. A partir de ces chiffres, on peut déjà déceler l'importance de l'action privée par rapport au secteur public dans la lutte contre l'alcoolisme au niveau national.

### **Evolution du réseau national et premières caractéristiques**

La figure 15.1 présente l'évolution des ces organisations et institutions ayant des activités

liées à l'alcool et agissant au niveau national. Ici aussi, bien que la figure ne contienne pas les acteurs ayant disparu avant notre recensement en 1991, l'image de l'évolution générale de ces acteurs est relativement fiable en raison du faible taux de "mortalité" observé.

Ainsi, on peut distinguer trois phases d'évolution. On constate *d'abord une première période, s'étendant environ jusqu'en 1930*, pendant laquelle ce sont principalement des organisations spécialisées qui se constituent (elles se développent surtout jusqu'en 1910 et sont pour l'essentiel liées au mouvement d'abstinence). Par ailleurs, la plupart des organisations qui étaient polyvalentes lors de notre recensement (et sont donc représentées comme telles dans la figure) et qui se sont créées à cette époque étaient aussi des organisations spécialisées. Celles-ci, nous le verrons par la suite, se sont transformées en organisations polyvalentes en raison de changements intervenus dans la société et dans les opportunités politiques. Des organisations polyvalentes existent tout de même pendant cette période: il s'agit avant tout d'acteurs traditionnels du système social suisse tels que l'Armée du Salut. Quant aux acteurs publics, seule la Régie fédérale des alcools (RFA - reliée au Département des finances) a été formée pendant cette première phase, suite à la Loi sur l'alcool de 1885 réglementant la production de boissons distillées. Sa tâche, nous l'avons souligné dans l'introduction à cette partie, est la surveillance de la Loi sur l'alcool et l'administration des flux financiers qu'elle engendre.

**Figure 15.1: évolution du réseau national suisse**

(a) Le n n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes. Les acteurs contenus dans ce tableau restent tout de même représentatifs suite au contrôle d'autres variables

*Ensuite, entre 1930 et 1960*, le réseau se trouve dans une période plutôt stable du point de vue de son évolution. Un acteur public qui jouera un rôle central dans la politique antialcool à côté de la Régie fédérale se constitue néanmoins pendant cette seconde phase. En 1945, la Commission fédérale contre l'alcoolisme - qui est un organe consultatif du Département de l'intérieur - est mise en place. L'établissement de cette commission témoigne non seulement de la prise de conscience à l'intérieur de l'administration fédérale de la nécessité d'organes de coordination et de réflexion, mais aussi de la volonté de remédier au fonctionnement unilatéral de la Régie fédérale des alcools qui est avant tout une unité de gestion financière dans laquelle aucune option de politique antialcoolique n'est prise en compte.

*Dès 1960*, le réseau national entre de nouveau dans une période de développement. Si une grande partie des organisations nationales existantes à ce moment sont issues du

mouvement d'abstinence ou y sont étroitement liées et ont, de ce fait, une histoire relativement longue - marquée par l'idée d'abstinence, un certain messianisme, un engagement personnel et volontaire des membres -, les organisations qui se constituent après les années soixante se distancient souvent de la philosophie de ces organisations. Une première tendance de cette distanciation se trouve dans les milieux professionnels (essentiellement ceux des travailleurs sociaux) qui ont émergé dans le champ depuis que l'alcoolisme est considéré comme une maladie. Le Groupe Romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), formé en 1964 à l'instigation d'intervenants dans le champ de l'alcoolisme, peut être cité à titre d'exemple. Le GREAT s'est constitué afin d'offrir une structure romande permettant un échange d'informations et proposant des possibilités de formation. Son travail rejette tout savoir moralisant et s'appuie sur le savoir des assistants sociaux, des médecins et des scientifiques.

Une deuxième tendance de distanciation - dont les effets seront importants pour le réseau - se trouve parmi les alcooliques eux-mêmes. Ceux-ci se regroupent à partir des années soixante au sein des nombreux groupes des Alcooliques Anonymes (et d'Al-Anon pour les familles de personnes alcooliques) qui se sont développés depuis les Etats-Unis. Dans ces structures de services à seuil bas d'accessibilité, les alcooliques et anciens alcooliques tentent de résoudre leurs problèmes dans l'anonymat et l'entraide.

Enfin, une dernière tendance de distanciation - qui elle aussi marquera le réseau d'organisations - peut être observée dans le mouvement d'abstinence lui-même. En effet, le concept d'abstinence est remis en cause de différentes façons:

- d'abord, par les membres de certaines organisations abstinentes - notamment les groupes de jeunes qui se sont formés au sein de ces organisations (des dissensions se font par exemple entendre au sein de la Croix-Bleue romande, entre groupes progressistes et groupes plus conservateurs);
- ensuite, par des organisations du mouvement qui estiment que si l'abstinence est souhaitable, il n'est pas raisonnable d'obliger les personnes à devenir abstinentes pour entrer dans l'organisation (l'Espoir Romand qui organise des camps pour les jeunes, après avoir collaboré pendant de nombreuses années avec la Croix-Bleue en se partageant un animateur jeunesse, a par exemple préféré engager sa propre animatrice en raison des divergences sur la question de l'abstinence);
- enfin, par certaines organisations liées, au moment de leur fondation, au mouvement d'abstinence mais qui se sont lentement transformées en organisations de services professionnalisés pour lesquelles l'abstinence prend une importance secondaire. Le cas du DSR (anciennement Département social romand) et, dans une moindre mesure, celui du SV Service (Schweizer Verband Volksdienst), tous deux fondés pour gérer des restaurants sans alcool, illustrent ce développement.

Le DSR, en raison de la concurrence, a, depuis la fin des années 1970, progressivement introduit la vente de boissons alcoolisées. Le cas de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) témoigne aussi de cette "neutralisation" des principes du mouvement d'abstinence. Bien qu'elle ait été créée en 1902 par différentes organisations abstinentes (Croix-Bleue, Bons Templiers, Femmes abstinentes, etc.) sous forme d'un secrétariat (dont le but était de lutter contre l'alcoolisme autant d'un point de vue préventif que politique), cette organisation est devenue un institut professionnalisé composé, depuis 1976, d'un département prévention et d'un département recherche suite à la volonté d'englober un public plus large.

Ces transformations se réalisant après les années soixante ne concernent pas seulement les acteurs intermédiaires. Dans le secteur public, on constate aussi une évolution qui aboutira sur l'introduction, par l'Office fédéral de la santé publique, de la problématique de l'alcool dans la nouvelle Section de prévention et par l'extension des activités de la Commission fédérale contre l'alcoolisme suite à l'établissement d'un nouveau règlement en 1981 (elle change aussi de nom et devient la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool). Cette commission, composée d'une vingtaine de membres parmi lesquels on trouve des représentants de différentes unités administratives de la Confédération, des cantons, des institutions de prévention et de traitement, des organisations de santé publique de divers secteurs scientifiques, a, dès lors, les tâches suivantes:

- le traitement de toutes les questions se rapportant aux effets de l'alcool sur la santé
- l'élaboration de conceptions et d'objectifs visant une gestion efficace, sur le plan de la santé publique, des problèmes liés à l'alcool
- l'encouragement de la coordination, intensification de la recherche et animation de campagnes d'information relatives aux problèmes liés à l'alcool" (OFSP 1989: 50).

Toutefois, malgré la révision des objectifs de cette commission en 1981, l'essentiel des activités de lutte contre l'abus d'alcool sont livrées au niveau cantonal. C'est seulement dernièrement, à travers la Section de prévention de l'OFSP et les campagnes nationales contre les dépendances déployées par l'Office, que l'alcool a été considéré comme un réel problème de santé publique. Mais, de manière générale, les actions de l'Etat, au niveau fédéral, se limitent à des mesures s'inscrivant dans le cadre de la Loi sur l'alcool, dans la Loi sur l'assurance maladie et accidents et dans le Code pénal suisse. De plus, en déléguant ses compétences à d'autres acteurs (généralement privés), la Confédération n'intervient que marginalement dans l'application de ces mesures. Ceci est notamment le cas pour la mise en oeuvre de la Loi sur l'alcool: la part de l'impôt sur les boissons distillées allant à des organisations mettant sur pied des activités de prévention au niveau

national est distribuée par l'Institut Suisse de prévention pour l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). Quant au monopole sur la production de l'alcool distillé, la Régie fédérale distribue des concessions aux producteurs suisses.

En fait, mis à part la législation sur l'alcool dont les buts - bien que limités - recouvrent essentiellement la prévention primaire, l'administration fédérale n'a pas développé de politique active en matière de prévention et de traitement des abus d'alcool et de l'alcoolisme. La Confédération est tiraillée entre les intérêts économiques de l'alcool (la production d'alcool constitue en effet une source d'impôts et de revenus pour les producteurs) et les intérêts de santé. Il a certes été question d'introduire une Loi fédérale sur la prévention des maladies de dépendance, mais le projet présenté par la Commission fédérale contre les problèmes liés à l'alcool en 1981 a été balayé par les cantons et les milieux économiques avec pour argument principal le risque que cette loi serve de base à des limitations rigoureuses des libertés. Finalement, les buts de la loi (notamment l'encouragement de la recherche et de la prévention au niveau national) ont été repris par la Fondation suisse pour la recherche sur l'alcool (de droit privé) qui a vu le jour en 1981 et la Section prévention de l'OFSP - dont nous avons parlé plus haut - qui réalise des programmes préventifs et des campagnes nationales d'information contre les dépendances.

L'essentiel des activités menées au niveau national sont donc le fait d'organisations privées. La plupart d'entre elles sont des associations faîtières qui font, *en premier lieu*, circuler des informations parmi leurs sections cantonales et locales ou parmi les différentes associations membres. Cependant, les différences linguistiques empêchent souvent une diffusion du travail de ces associations sur tout le territoire suisse. Ainsi, ces organisations ont souvent deux organismes faîtières, un pour la Suisse romande et l'autre pour la Suisse alémanique. D'autres, par contre, ne se sont développées que dans une région linguistique. *En deuxième lieu*, ces organisations faîtières assument une fonction de lobbying au niveau national, intervenant quand l'intérêt de la lutte contre l'alcoolisme est en danger. Dans le même sens, elles sont à la base de différentes initiatives populaires visant la diminution de la publicité pour le tabac et l'alcool.

Le réseau national compte encore des organisations privées avec des activités indépendantes. Bien qu'elles aient parmi leurs membres d'autres organisations et institutions, elles ne sont pas uniquement caractérisées par des activités de coordination de sections ou d'organisations membres. C'est notamment le cas de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ainsi que de la CIRSA, du GREAT, de

l'Interkantonale Höhere Fachschule für Sozialarbeit (IHS), de la SAKRAM et du VSFA.

### **Structure du réseau national**

Si la reconstruction historique de la lutte contre l'alcoolisme au niveau national nous donne un premier aperçu du réseau, la reconstruction des échanges et des collaborations entre les acteurs nous permet d'en affiner l'image (figure 15.2).

Deux premières observations peuvent être tirées de cette figure. *Premièrement*, on constate le rôle primordial joué par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies dans la maîtrise des problèmes liés à l'alcool. Tous les acteurs alcool présentés ici collaborent en effet avec l'ISPA qui leur fournit des informations et des moyens didactiques. Quelques organisations sont même membres du Conseil de l'ISPA. Cette organisation constitue donc un centre de référence pour réseau national (mais aussi, nous le verrons plus tard, pour les organisations et institutions au niveau cantonal et communal). *Deuxièmement*, la maîtrise des problèmes liés à l'alcool n'est pas uniforme mais est assurée par toute une série d'organisations et d'institutions se regroupant dans des sous-réseaux, dotés pour la plupart d'un centre de coordination.

- En haut à gauche de la figure, le sous-réseau "formel", composé de l'Office fédéral dans la santé publique (qui tient le secrétariat de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool), la Régie fédérale des alcools et la Fondation suisse pour la recherche sur les problèmes liés à l'alcool. Ce sous-réseau a surtout une fonction d'encadrement. De plus, il formule la ligne de la politique suisse en matière de problèmes liés à l'alcool et s'assure de son application. Il est néanmoins important de souligner qu'à l'intérieur de ce sous-réseau, différentes conceptions de la lutte contre l'alcoolisme et différentes philosophies d'intervention se confrontent entre, d'une part, la Régie fédérale des alcools et, d'autre part, l'OFSP (la Régie insiste sur la subsidiarité traditionnelle comme mode de fonctionnement et légitime ainsi une certaine passivité, alors que l'OFSP et sa Section prévention aimeraient voir une administration fédérale plus active).
- En bas à droite, on trouve le sous-réseau issu du mouvement d'abstinence et dont le centre de coordination est l'Association suisse des sociétés d'abstinents (ASA). L'abstinence est placée au centre des préoccupations des organisations de ce sous-réseau qui sont souvent établies depuis de nombreuses années et dont les membres offrent généralement leurs services volontairement. Si certaines des organisations constituant ce sous-réseau sont encore très actives - comme par exemple la Croix-Bleue avec ses 360 sections et ses 6000 membres actifs - la majorité est en déclin et n'a pour ainsi dire plus d'activités. Ce déclin n'équivaut cependant pas à la fin du mouvement d'abstinence, et cela pour deux motifs. *Premièrement*, les activités de lobbying de ce mouvement sont non seulement appuyées par différentes générations de membres et de sympathisants abstinents, mais elles sont encore perçues par une grande partie de la population comme un contrepoids nécessaire aux intérêts économiques autour de la production d'alcool (ce soutien s'est

particulièrement manifesté lors de la récolte de signature pour les initiatives jumelles). *Deuxièmement*, bien que les activités du mouvement aient été redimensionnées au cours de ce siècle, elles se sont stabilisées ces dernières années et indiquent l'existence d'une "niche".

- En haut à droite de la figure, on distingue encore le sous-réseau des professionnels privés. Ici, c'est un savoir médical, d'assistance sociale et scientifique qui est à la base des activités.
- D'autres acteurs, n'appartenant à aucun sous-réseau, sont aussi représentés dans la figure. Ceux-ci font souvent partie d'autres réseaux, notamment celui des associations traditionnelles d'entraide. Les Alcooliques Anonymes et les groupes frères (Al-Anon, Al-Ateen) ne figurent pas dans le réseau car ils réalisent l'essentiel de leurs activités au niveau local. Au niveau national, ils mettent principalement en contact les personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool avec les groupes d'entraide locaux et ne collaborent avec aucune autre organisation.

Ces différents sous réseaux agissent de façon relativement autonome. Des contacts existent certes entre eux, mais ils sont réduits. Alors que le sous-réseau public a peu de contacts en dehors de l'ISPA, les deux sous-réseaux privés entretiennent des contacts plus étroits du fait qu'ils réunissent tous deux des organisations actives sur le terrain et que les organisations abstinentes qui ont engagé des professionnels (notamment la Croix-Bleue) sont membres d'organisations du sous-réseau professionnel. Mais, de manière générale, c'est l'ISPA qui joue le rôle de courroie de transmission entre les différents sous-réseaux, en particulier entre les acteurs privés et publics. Malgré cette séparation entre acteurs privés et publics, le Département militaire fédéral, les PTT et les CFF collaborent directement avec les organisations privées. En ce qui concerne les CFF, ils ont des contacts avec l'Association suisse des cheminots abstinentes (SVEN) qui s'est constituée au sein de la Régie fédérale pour venir en aide aux employés touchés par les problèmes liés à l'alcool. Pour le Département militaire, il s'agit essentiellement du DSR qui, dès sa création en 1919, gère les foyers du soldat sur les places d'armes.

**Figure 15.2:** *réseau national dans le champ des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

## **Conclusion**

La caractéristique essentielle du réseau national se trouve dans sa fonction d'encadrement tenue par les différentes organisations et institutions qui le constituent. Plus précisément, les organisations privées, à l'exception d'activités de lobbying, offrent avant tout des

services aux organisations cantonales ou locales et c'est ainsi que l'essentiel des activités directement déployées pour les problèmes liés à l'alcool se font, nous le verrons par la suite, au niveau des cantons, voire même des communes. Par ailleurs, lorsque les autorités fédérales agissent sur la base de la Loi sur l'alcool, elles donnent un cadre général à la politique en matière d'alcoolisme dans le respect de la tradition fédéraliste suisse et du principe de subsidiarité. En effet, alors que la Loi sur l'alcool donne à la Confédération des prérogatives importantes qui lors de l'introduction de la loi en 1885 étaient exceptionnelles, le gouvernement suisse a laissé une grande partie de l'application de la loi à des acteurs privés et s'est limité à prélever les taxes issues de l'impôt sur l'alcool. L'Etat fédéral s'est en fait gardé d'intervenir trop lourdement en se désintéressant du but premier de la loi - à savoir le souci de santé publique - et en administrant celle-ci sur un mode essentiellement technocratique. Cette attitude découle surtout de l'opposition entre les buts de santé publique et de fiscalité qui sont contenus dans la Loi sur l'alcool et qui débouchent inévitablement sur la passivité de la Confédération. En effet, promouvoir le but de *santé publique* va à l'encontre du but *fiscal* (voir Zurbrügg 1976: 51ss) et la résolution de la contradiction entre ces deux buts semble aller au-delà d'une simple hiérarchisation. Ainsi, la solution de la passivité permet de garder le but de santé publique sans risquer de diminuer les entrées fiscales liées à la vente de l'alcool. En conséquence, si la Confédération veut devenir active pour réduire les risques causés par l'abus d'alcool, elle doit, à notre sens, chercher des solutions au dehors de la Loi sur l'alcool. Des signes de regain sur le terrain de la santé sont d'ailleurs perceptibles dans la promotion de campagnes de prévention contre les dépendances réalisées par l'OFSP dans lesquelles il est largement fait référence à l'abus d'alcool. En d'autres termes, la lutte active de la Confédération contre les problèmes liés à l'alcool semble être réintroduite dans des programmes généraux de prévention mis en place par l'OFSP et on peut voir dans ces programmes un développement alternatif doté d'un potentiel pour devenir un instrument central de lutte contre l'abus d'alcool. Si les efforts de la Confédération persistent dans cette direction, la lutte contre l'alcoolisme ne se fera donc plus dans le réseau restreint des organisations et institutions traitant des problèmes liés à l'alcool, mais dans un réseau plus large s'étant formé autour de la problématique de la prévention de la santé.

Un autre aspect du réseau national qu'il nous semble pertinent de relever se trouve dans le rôle de référence tenu par l'ISPA. Cette organisation, issue du mouvement d'abstinence, a su, au fil des ans, se distancer du messianisme caractéristique des organisations prônant la tempérance ou l'abstinence et se doter d'un savoir et d'une

expérience de professionnels, sans pour autant se couper de ses origines et de sa base. L'institut s'est, d'une part, adapté aux nouvelles conceptions de l'alcoolisme et de la prévention de la santé et a pu, de ce fait, devenir le partenaire et l'expert principal des autorités fédérales, d'autant plus qu'aucune structure comparable n'existait au niveau suisse. D'autre part, il a gardé les valeurs liées à l'abstinence envers ses membres. C'est cette capacité d'écarter tout moralisme vis-à-vis de l'extérieur sans pour autant changer de manière radicale son discours vis-à-vis de ses membres qui a permis à l'ISPA de devenir un acteur central dans la lutte contre les problèmes liés à l'alcool. En effet, cette ambivalence lui confère une double légitimité (venant de l'extérieur et de l'intérieur) qui lui permet de jouer son rôle de service de référence.

Ainsi, si les organisations issues du mouvement d'abstinence ont un rôle non négligeable dans le réseau du fait de leur histoire et de leur nombre, il n'en reste pas moins que les acteurs déterminant la politique suisse en matière d'alcool ne sont pas marqués par l'idéologie de l'abstinence et ont su intégrer la problématique plus large des dépendances. A l'exemple de la fonction qu'a pris l'ISPA, il apparaît qu'une maîtrise des problèmes liés à l'alcool au niveau national se fera en collaboration avec des acteurs professionnalisés, basés sur un savoir scientifique et dont le spectre d'activités dépasse le champ de l'alcoolisme. En dépit de ce développement possible, les organisations abstinentes continueront à couvrir une demande spécifique et garderont certainement un rôle dans le réseau, à côté d'organisations traitant de la prévention de la santé.

## **16. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Berne**

Les problèmes liés aux abus d'alcool ont été perçus de façon organisationnelle dans le canton de Berne - tout comme dans le reste de la Suisse - à partir du siècle dernier. La première organisation - qui plus tard sera le précurseur de la Croix-Bleue dans le canton - a été fondée en 1860 à l'initiative d'un pasteur. La constitution de cette organisation spécialisée a ensuite été suivie par la création d'autres acteurs: jusqu'à la fin du siècle dernier, quatre hôpitaux bernois se sont constitués et ont intégrés des programmes liés à l'abus d'alcool. Suite à ces premières réponses organisationnelles, la lutte contre les problèmes liés à l'alcool n'a cessé de se développer au cours du vingtième siècle et a passé par trois phases distinctes, mises en évidence dans la figure 16.1.

**Figure 16.1:** *acteurs dans le domaine de l'alcoolisme nouvellement formés à Berne (état fin 1991)*

Aujourd'hui, le réseau bernois compte 56 projets, organisations et institutions qui s'occupent des problèmes liés à l'abus d'alcool. Ce nombre n'inclut ni les sections et services de la Croix-Bleue bernoise - une centaine - ni les groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes - actuellement une dizaine. La grande majorité de ces acteurs (35) sont des organisations privées spécialisées, 12 sont des acteurs publics et 9 des acteurs polyvalents. Quant à la distribution dans le canton de ces différents acteurs, celle-ci reflète l'existence des problèmes liés à l'alcool dans toutes les réalités territoriales du canton. On constate en effet la présence des acteurs alcool dans les différentes parties du canton - en particulier des acteurs spécialisés financés par les districts bernois (organisés sous la forme de Fédérations de communes). Cette structure capillaire, basée sur l'intervention privée et fortement subventionnée, indique la ligne d'évolution du réseau bernois. C'est l'histoire "classique" de la mise en place de services publics par les expressions organisationnelles de la société qui, ensuite, sont de plus en plus subventionnées - voire même substituées - par l'Etat. Cette situation d'échange entre acteurs privés et publics, caractérisée par une offre d'un service public par les premiers contre l'octroi de subventions étatiques, constitue par ailleurs un welfare mix stable.

### **La bataille contre l'alcoolisme**

La première phase de l'évolution du réseau peut être située dans une période s'étendant jusqu'en 1920. La figure 16.1 montre qu'il y a eu, pendant cette période (délimitée dans la figure 16.1 par la ligne a), une coévolution entre les différents types d'acteurs. Cependant, les organisations et institutions qui se sont mises en place pour répondre aux problèmes liés à l'alcoolisme pendant cette période ont des caractéristiques précises. Les institutions étatiques actives sont en premier lieu des établissements avec des programmes de sevrage basés sur l'isolation des personnes touchées par l'alcoolisme (ce sont par exemple des cliniques psychiatriques ou des hôpitaux). Les premières organisations spécialisées, par contre, ne délivrent en général pas de services destinés directement aux personnes alcooliques. Ce sont des associations qui s'occupent du phénomène de l'alcoolisme de façon exclusivement politique. Plus précisément, elles font un travail de pressions en faveur de mesures rendant plus difficiles la production et la vente de spiritueux. Les campagnes politiques menées par ces organisations se basent sur une moralisation du comportement humain et tirent leurs valeurs de l'ascétisme protestant qui, nous l'avons mis en évidence dans les chapitres précédents, influence de nombreuses associations religieuses et laïques dans une grande partie de la Suisse (voir Tecklenburg 1983).

Les programmes des acteurs étatiques et des acteurs privé ont toutefois une caractéristique commune (qui se retrouve d'ailleurs dans les autres cantons): l'alcoolisme constitue une défaite personnelle. Ceux qui ne réussissent pas à s'en sortir de leur propre initiative sont, en conséquence, à punir d'une façon ou l'autre. Par la réclusion et l'isolement, dans le cas des institutions étatiques, par le discours du péché dans l'argumentation des autres acteurs.

### **La mise en place des services ambulatoires**

Cette moralisation de l'alcoolisme marquera pendant plusieurs décennies le type de services établis dans le canton de Berne. Mais alors que dans la première phase les réactions organisationnelles - à côté des campagnes de moralisation du comportement - se limitent à la mise sur pied de services résidentiels pour personnes alcooliques, l'offre de services ambulatoires gérés par la Croix-Bleue ou par des des organisations abstinentes "neutres" - c'est-à-dire confessionnellement neutres mais toutefois fortement inspirées du modèle de la Croix-Bleue - augmente à partir des années vingt. Comme le montre la figure 16.1, ce sont uniquement les organisations spécialisées qui connaissent une croissance pendant cette période (délimitée dans la figure 16.1 par les lignes a et b).

Cette augmentation régulière (jusqu'à la fin des années cinquante) de services ambulatoires a lieu grâce au travail de différentes organisations faitières et de coordination. *En premier lieu*, la Croix-Bleue cantonale met en place 5 services de consultation ambulatoire (entre 1899 et 1930) dans différentes régions bernoises. *En deuxième lieu*, à partir des années vingt, ce sont des services "neutres" (les dispensaires antialcooliques) qui émergent dans tout le canton. Ils ont été créés pour donner une alternative à la Croix-Bleue - liée au protestantisme - pour les personnes cherchant de l'aide en raison de leur problèmes d'alcool. En 1931, ces organisations "neutres" se regroupent au sein de l'Association bernoise des services sociaux et des maison de santé pour alcooliques (Verband bernischer Fürsorgestellen und Heilstätten für Alkoholranke) dont le but est d'augmenter les structures de services et de garantir leur financement. En effet, à partir de 1936, cette organisation obtiendra régulièrement des subventions cantonales destinées à ses membres. C'est, en d'autres termes, un acteur qui a été formé dans le but d'intervenir auprès des autorités communales et cantonales pour garantir et systématiser l'intervention sociale sur le territoire cantonal dans le domaine de l'alcoolisme. Cette association réalisera d'ailleurs son objectif puisque, en trente ans, elle a réussi à établir dans tous les districts du canton des services sociaux spécialisés dans le

domaine de l'alcoolisme. *En troisième lieu*, la Communauté de travail des assistants sociaux intervenant dans le domaine de l'alcoolisme favorisera la mise en place du réseau bernois. Cette communauté informelle a été fondée en 1943 pour résoudre une situation concurrentielle - et en partie conflictuelle - qui s'était créée entre les services de la Croix-Bleue et les services "neutres". Grâce à l'instauration de rencontres régulières entre les collaborateurs des différentes organisations, un climat de collaboration favorable à la mise en place de services et à leur distribution territoriale a pu être trouvé entre les différentes positions en présence.

Pour résumer cette deuxième phase, on peut dire que la Croix-Bleue, l'Association bernoise des services sociaux et la Communauté de travail des assistants sociaux ont garanti la présence de services élémentaires dans tout le territoire du canton et ont établi une situation non concurrentielle entre les services "neutres" et ceux de la Croix-Bleue.

### **Quantité et qualité**

Alors que la deuxième phase d'évolution est caractérisée par la mise en place de structures de services spécialisés dans tout le canton, on assiste, pendant la troisième phase (délimitée dans la figure 16.1 par la lignes b) à une croissance des acteurs polyvalents et publics qui intègrent la problématique de l'alcoolisme à celle de la dépendance aux drogues en général. Ces nouvelles organisations se distinguent des "pionniers" par le fait qu'elles ne voient pas la solution aux problème de l'alcoolisme dans l'abstinence mais optent pour une conception de vie saine prônant la modération des habitudes dangereuses pour la santé et, plus particulièrement, la modération de la consommation d'alcool. Cette intégration des problèmes liés à l'alcool dans un concept de drogue plus général et le remplacement de l'abstinence par une attitude de modération coïncident avec un changement de la perception de l'alcoolisme qui n'est plus considéré comme un péché mais comme une maladie.

Ce changement du cadre général de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool a pour conséquence de grandes transformations - voire même un déclin - des organisations, religieuses ou non, propageant l'idée d'abstinence. Ces transformations se réalisent d'une part à l'intérieur des organisations: elles deviennent plus professionnelles et changent leurs méthodes de traitement. D'autre part, en ce qui concerne la logique externe de ces organisations, on assiste à une recherche d'une nouvelle image plus adéquate à leur environnement. Ainsi, l'Association bernoise des services sociaux pour les alcooliques s'appelle, à partir de 1986, Association bernoise pour les questions liées à la drogue -

indiquant une volonté d'ouverture -, la Communauté de travail des assistants sociaux devient le Höck (la rencontre) et les Dispensaires antialcooliques se transforment les uns après les autres en Services médico-sociaux - soulignant la professionnalisation et l'élargissement des compétences.

### **Le réseau bernois**

Le canton de Berne dispose aujourd'hui d'organisations couvrant tout le territoire et constituant un réseau représenté dans la figure 16.2.

**Figure 16.2:** *réseau bernois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

- |   |  |
|---|--|
| (a) 26 structures privées; une structure communale (Köniz)  | (d) Cliniques psychiatriques Belleleay, Münsingen, Bern; Hôpitaux régionaux et de district |
| (b) 5 unités de service ambulatoires; environ une centaine de groupes locaux  | (e) Strassenverkehrsamt et différentes structures juridiques; prisons                      |
| (c) Kirchlindach; Wysshölzli; maisons de santé Monbijou, Eden, am Schärme et Anker; cliniques privées; deux maison de passage de l'Armée du salut | (f) Différentes Unions d'abstinents locales (sans services)                                |

On voit dans cette figure que les acteurs privés se constituent en deux groupes. D'une part, l'Association bernoise pour les questions liées à la drogue constitue un centre de coordination pour les structures privées de soins ambulatoires et résidentiels basées sur un savoir médical et professionnel (et non idéologique ou confessionnel). Ces structures travaillent de manière autonome puisqu'elles développent elles-mêmes leurs programmes au niveau des districts - parfois des régions. Cette association, partenaire des autorités cantonales dans la lutte contre l'alcoolisme, regroupe ces différentes organisations, distribue la part la dîme de l'alcool qui leur est destinée et organise des cours de perfectionnement pour les employés des organisations affiliées. D'autre part, la Croix-Bleue travaille à côté de ces organisations "modernes" avec ses unités de soins et d'assistance ambulatoire. Les questions de coordination entre ces deux groupes d'acteurs sont discutées dans le cadre informel du Höck et, dans une moindre mesure, dans le sous groupe "alcool" de la Commission cantonale contre l'abus de drogues.

Les acteurs publics ne participent pas à la production des services ambulatoires (à l'exception de l'unité spécialisée dans les questions de drogue de la commune de Köniz). Mais, par rapport au champ du vih/sida dans le canton de Berne, ils ne restent pas isolés des acteurs privés. En effet, de fréquentes rencontres liées à la clientèle et à des objectifs pragmatiques ont lieu entre les acteurs de statuts différents. Cette collaboration est réglée par des accord pris dans la Commission cantonale contre l'abus des drogues au sein de

laquelle se rencontrent une partie des acteurs privés et publics du champ.

Les relations entre acteurs de différents types se font aussi en fonction des ressources, à savoir les demandes de subventions et de financements que font les organisations privées à l'Etat. Plus précisément, on observe divers flux:

- le Canton subventionne directement - avec le budget ordinaire et une partie de la dîme de l'alcool - des organisations privées (c'est le cas des maisons de santé privées ou de la Croix-Bleue);
- le Canton donne une partie de la dîme de l'alcool de Berne à l'Association bernoise pour les questions liées à la drogue qui, à son tour, la distribue selon une clé de répartition et selon les besoins aux organisations affiliées;
- le Département de l'économie gérant le Fond des restaurateurs - provenant d'un impôt cantonal - concède des subventions à des projets traitant de l'abus de drogues légales.

A côté de ces subventions directes, il existe une espèce de subventionnement indirect. En effet, les structures judiciaires cantonales transmettent des personnes ayant enfreint la loi suite à des abus d'alcool aux services ambulatoires privés. Ces personnes qui s'adressent - sur une base volontaire - à ces services couvrent environ 20% de la clientèle et contribuent largement au financement de ceux-ci.

La figure 16.2 met aussi en évidence le type d'intégration des Alcooliques Anonymes dans le réseau. Vu leur caractère de groupe d'entraide et leur apparition et disparition fluctuante, ils ne participent pas aux différents centres de coordination, mais collaborent uniquement avec les acteurs qui sont en contact direct avec des clients. En effet, ils recrutent souvent leur clientèle dans les centres résidentiels ou, par référence, dans les centres ambulatoires - même si ceux-ci sont en concurrence avec les Alcooliques Anonymes et mettent en place leurs propres groupes d'entraide gérés par des professionnels.

Enfin, la figure 16.2 souligne le rôle d'informateur et d'intermédiaire de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) et du Schweizerischer Verband vom Fachleuten für Alkoholgefährdete- und Suchtkrankenhilfe (VSFA). Ces organisations - décrites dans le chapitre 15 - sont en effet les partenaires nationaux les plus importants et garantissent l'intégration verticale du réseau bernois de l'alcoolisme.

## **Conclusion**

Le réseau bernois a évolué selon le modèle libéral de transfert des fonctions. Les

organisations qui les premières ont délivré des services - c'est-à-dire à la fin du 19ème siècle et au début de notre siècle - existent encore aujourd'hui et maintiennent leur position centrale dans le réseau de l'alcoolisme. C'est le cas par exemple des maisons de santé Kirchlindach et Wysshölzli - fondées en 1891 et en 1892 - et de la Croix-Bleue. Celle-ci a vécu toutes les transformations dans le domaine de l'alcoolisme sans perdre sa place centrale dans le réseau. Le fait que son nombre de membres ne cesse de diminuer et que l'âge moyen des membres soit toujours plus élevé, n'a pas de conséquences sur le nombre de professionnels travaillant pour la Croix-Bleue ou sur les subventions qu'elle reçoit (plus de 50% de son budget). La Croix-Bleue ainsi que d'autres organisations pionnières ont participé à la construction du réseau bernois en se créant à l'intérieur de ce réseau une position importante. Cette situation est due au fait que l'initiative de l'Etat a toujours été faible dans le domaine de l'alcoolisme et s'est limitée à subventionner les structures produisant des services. Même la fonction du contrôle de l'efficacité de ces structures a été, en grande partie, déléguée à des structures privées telles que l'Association bernoise pour les questions liées à la drogue qui, nous l'avons dit plus haut, distribue une partie de la dîme.

Cependant, cette attitude de retrait de la part de l'Etat n'est pas synonyme de désintérêt vis-à-vis des problèmes liés à l'abus d'alcool. En effet, l'Etat - cantonal et communal - a augmenté sa participation financière pour la mise en place de services (les 26 services sociaux privés travaillant au niveau des districts sont, en moyenne, subventionnés à 30% par le Canton et à 60% par les communes des districts). En conséquence, les organisations privées sont devenues de plus en plus dépendantes de l'acteur public et la perception qu'elles ont d'elles-mêmes s'est transformée. Alors que leur statut est toujours privé, elles se considèrent de plus en plus comme des organisations appartenant au secteur public.

Le welfare mix qui s'est établi dans ces conditions n'est que peu dirigé par des décisions politiques en ce qui concerne le contenu du champ de l'alcoolisme - les services par exemple. Les décisions étatiques ont uniquement une importance financière et les innovations dans le domaine de l'alcoolisme ne sont pas suscitées par l'Etat, mais par les acteurs privés du réseau. (Si, par exemple, la direction de la maison de santé Wysshölzli décide de changer la méthode de la prise en charge de sa clientèle, elle prend cette décision de manière autonome). C'est en fait une dynamique de transformation interne au réseau qui détermine son évolution et les transformations ne sont légitimées par des instances étatiques que lorsqu'elles impliquent des coûts.

Et c'est exactement le problème financier qui bouleverse depuis quelques années le

réseau bernois: le Canton et beaucoup de communes ont décidé, en 1990, de diminuer les dépenses publiques (la dîme a aussi diminué mais, jusqu'en 1992, les pertes ont pu être compensées par les montants provenant de la fortune de la dîme). En général, se sont des coupures linéaires sans distinctions. Ce fait a pour première conséquence une redéfinition, à l'intérieur de beaucoup d'organisations, de l'utilisation des ressources financières. Tant que le montant à distribuer était en croissance, ou était tout au moins stable, une utilisation efficiente des ressources disponibles n'était pas encouragée. A partir de 1990 cette situation change et toute une série d'acteurs privés - parmi eux les deux organisations plus importantes du domaine, à savoir l'Association bernoise pour les questions liés à la drogue et la Croix-Bleue - ont été incitées par l'administration cantonale à analyser leurs structures organisationnelles afin d'améliorer leur fonctionnement et de réduire leurs dépenses.

Une seconde conséquence de la diminution des dépenses publiques se trouve dans le fait que le secteur des organisations traitant des problèmes liés à l'abus d'alcool entre en concurrence avec d'autres secteurs, notamment celui traitant des questions de drogues. En effet, suite à la différenciation entre drogues légales, drogues illégales et comportement sain qui a eu lieu au sein de l'administration cantonale en 1989, le secteur de l'alcoolisme, confronté à une situation de coupures budgétaires, a perdu de sa légitimité et s'est vu obligé de justifier ses demandes de subventions. En réaction à cette différenciation on assiste de la part des organisations présentes dans le champ de l'alcoolisme depuis de nombreuses années à une volonté d'élargissement de leur champ d'intervention, élargissement aussi encouragé par l'administration cantonale. L'Association bernoise pour les questions liés à la drogue, par exemple, ne change pas seulement de nom, mais renforce aussi - à travers les Centres Plus - les programmes généraux de prévention de santé. Les initiatives de la part de l'administration cantonale visant à faire fusionner les Centre Plus avec différentes organisations traitant des aspects de prévention de la santé telles que l'Association pour une nutrition saine au travail ou les associations contre le tabagisme vont aussi dans cette direction d'élargissement.

En résumé, on peut dire que le réseau bernois est confronté aujourd'hui, après plus de cent ans de développement, à une diminution de son importance et à restructuration et doit intégrer de nouvelles méthodes d'intervention ainsi que de nouveaux défis. Les transformations en actes sont lentes, ce qui indique une certaine incrustation du secteur. En effet, les organisations présentes depuis de nombreuses années n'introduisent pour ainsi dire aucune innovation et la dynamique du secteur n'est assurée que par les

organisations nouvellement créées (qui sont d'ailleurs toutes polyvalentes telles que les Centres Plus et qui développent leurs programmes sans devoir se référer à la tradition du secteur) et, plus marginalement, par le renouvellement des membres dans les structures plus anciennes. L'administration cantonale reconnaît d'ailleurs ces lieux où elle réussit mieux, par rapport aux structures plus anciennes, à intervenir de façon programmatique. Mais, le manque de dynamique du secteur ne permet pas au réseau bernois de prendre un nouveau visage. En fait, l'image du réseau actuel est celle d'un réseau s'étant développé dans un contexte d'abondance financière, de manière non planifiée et pluraliste et où l'intégration des différentes structures dans des chaînes de traitement est encore à un stade embryonnaire. Ni la Commission cantonale, ni le Höck ne constituent un lieu de coordination suffisant pour améliorer la coopération entre les différents services de désintoxication, de soins médicaux, d'entraide ou de prévention en général.

### **17. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Genève**

Tout comme à Berne et, nous le verrons dans les autres cantons analysés, l'histoire de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool dans le canton de Genève remonte à plus d'un siècle. La majorité des acteurs recensés se sont d'ailleurs constitués avant 1930. Parmi ceux-ci, il est important de noter la Croix-Bleue, fondée à Genève en 1877 par le pasteur Louis-Lucien Rochat et qui s'est étendue dans le reste de la Suisse - et même au delà des frontières - et constitue encore aujourd'hui un acteur important dans le champ de l'alcoolisme en Suisse.

Aujourd'hui, le réseau genevois de lutte contre l'alcoolisme compte 14 acteurs ayant des programmes liés à cette problématique. La majorité d'entre eux sont des acteurs publics et des acteurs privés spécialisés. Plus précisément, on trouve 6 organisations rattachés à des départements publics, 6 organisations spécialisées et seulement 2 organisations polyvalentes. Cependant, ces chiffres doivent être complétés par les différentes sections et groupes dépendant des Alcooliques Anonymes et d'Al-Anon (une dizaine de groupes d'entraide) et la Croix-Bleue (huit sections et sous-sections).

#### **Constitution d'un dispositif d'alcoologie**

Jusque dans les années soixante-dix, la lutte contre les problèmes liés à l'alcool dans le canton de Genève était principalement le fait d'organisations privées, le Canton ne se chargeant des personnes alcooliques que dans le cadre des hôpitaux et des prisons et limitant sa tâche d'organisation du réseau à la distribution de la dîme. Parmi ces

organisations privées on trouve:

- des acteurs prônant l'abstinence proches de l'Eglise (notamment la Croix-Bleue);
- des organisations d'aide traditionnelles (telles que l'Armée du Salut);
- un acteur "neutre" créé en 1928 sous l'égide de la Société genevoise d'utilité publique dont le but était d'offrir une aide aux alcooliques pour faire pendant aux mesures d'internement étatiques (le Dispensaire antialcoolique genevois qui, en 1960, prend le nom du médecin fondateur et se transforme en Centre Dr. H. Revilliod)
- et les Alcooliques Anonymes qui se sont implantés à Genève en 1956.

La coordination entre ces différents acteurs s'est par ailleurs développée à l'initiative de ces mêmes organisations. Celles-ci se sont en effet constituées, en 1918, en une Fédération antialcoolique genevoise (aujourd'hui, la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme - FEGPA) afin de se donner un organe de coordination.

C'est seulement à partir des années soixante-dix, et surtout dans la décennie suivante, que l'Etat s'est engagé dans la lutte contre les problèmes liés à l'alcool. En 1970, le Centre Dr. H. Revilliod a bénéficié des services d'un médecin du Centre psycho-social universitaire puis, en 1977, suite à la demande de la Société genevoise d'utilité publique qui ne pouvait plus prendre en charge le coût du développement progressif du Centre (notamment à cause de la complexification des problèmes liés à l'alcool), il a été rattaché à la psychiatrie publique genevoise afin de bénéficier d'une orientation plus médicalisée et professionnalisée (en 1990, il change de nom et devient la Division d'alcoologie des Institutions universitaires de psychiatrie genevoise). Mais c'est vraiment à partir du milieu des années quatre-vingts, grâce aux efforts continus d'un ancien alcoolique, fondateur et responsable du Centre Alco-Aide (organisation bénévole créée en 1983 venant en aide aux patients de l'hôpital touchés par des problèmes liés à l'alcool), que l'Etat a dû réaliser l'importance de l'alcoolisme. Devant les multiples interventions de ce personnage dans la presse et ses interventions personnelles auprès des fonctionnaires du Département de la prévoyance sociale et de la santé publique, le chef du Département demande à l'Hospice Général l'élaboration d'un rapport concernant l'équipement pour les alcooliques à Genève qui constituera la base de la politique genevoise en matière d'alcoolisme (voir Schönbachler 1985). Dès lors, différentes institutions et unités spécialisées spécifiquement destinées aux problèmes liés à l'alcool ont été mises en place, de même que les organisations privées ont pu bénéficier du soutien des autorités publiques.

En 1983, le Département de Justice et Police avait acheté un ancien hôtel - devenu la Maison de l'Ancre - pour accueillir des personnes alcooliques sous le coup de la Loi de privation de liberté à des fins d'assistance et en avait donné la gestion à la Fondation des Oliviers dont le siège est à Lausanne (qui a développé des programmes de sevrage et de réhabilitation socio-professionnelle). Mais, comme la maison était sous-occupée, elle est passée, en 1988, au Département de la prévoyance sociale et de la santé publique et la gestion en a été confiée à l'Hospice Général qui a repris les programmes mis en place par les Oliviers. Plus tard, une Consultation d'alcoologie a été introduite à l'hôpital cantonal universitaire au sein de la policlinique de médecine. Enfin, en 1991, pour faire suite au rapport établi en 1985 ainsi qu'aux demandes des alcooliques et anciens alcooliques, les pouvoirs publics ont ouvert un lieu résidentiel spécifique au sevrage des personnes alcooliques (le Centre de Soins pour malades alcooliques le Petit Beaulieu) dont la gestion a été donnée à l'Hospice général, en collaboration avec la policlinique de médecine de l'hôpital cantonal universitaire de Genève qui en assure la responsabilité médicale. En conséquence, la Maison de l'Ancre s'est restructurée et a pris la forme d'un foyer socio-éducatif non-médicalisé chargé de la réhabilitation socio-professionnelle des personnes alcooliques.

Par ailleurs, conscientes qu'un tel dispositif devait être assorti de mesures préventives et nécessitait un organe de coordination, les autorités ont augmenté les subventions de la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (FEGPA) pour ses activités de prévention et lui ont donné le mandat de coordonner les différentes organisations et institutions, qu'elles soient publiques ou privées, intervenant dans le domaine de l'alcoolisme. Si ce mandat de coordination de l'ensemble du dispositif d'alcoologie a été formellement attribué à la FEGPA en 1983, ce n'est toutefois qu'en 1989 qu'il est devenu concret. En effet, la FEGPA n'a pas réussi à assumer son mandat du jour au lendemain. C'est en effet grâce à l'introduction, en 1989, d'une consultation régulière de l'association pour des avis sur les questions liées à l'alcoolisme par le Département de prévoyance sociale et de santé publique que son rôle de coordination a pu être accru. Par ailleurs, des résistances se sont fait sentir et il a fallu six ans pour que son rôle de coordination soit accepté de tous. Le responsable du Centre Alco-Aide n'a notamment jamais accepté le rôle de coordination attribué à la FEGPA et s'est toujours montré réticent à collaborer avec d'autres acteurs du réseau. En conséquence, en 1992, le Département de prévoyance sociale et de la santé publique a décidé de cesser son subventionnement.

Si le fondateur et responsable du Centre Alco-Aide a été à l'origine de la prise de

conscience des autorités genevoises pour les problèmes liés à l'alcool, il a encore contribué à la création, en 1986, d'une organisation privée spécialisée semblable au Centre Alco-Aide (mais extérieure à l'hôpital): la Porte Ouverte. Cette organisation offre un lieu de rencontre et de discussion pour les personnes touchées par l'alcoolisme. Suite à la cessation des activités du Centre Alco-Aide, la Porte Ouverte a repris, en 1992, une partie du travail réalisé au sein de l'hôpital par l'organisation défunte.

### **Le réseau genevois**

Ce sont ces différents acteurs, brièvement présentés, qui constituent le centre du réseau genevois de lutte contre les problèmes liés à l'alcool. La figure 17.1 présente visuellement ce réseau et les différents contacts qu'entretiennent les acteurs entre eux.

*Figure 17.1: réseau genevois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

**Une première constatation qui s'impose à la vue de cette figure est que le réseau genevois n'est pas isolé mais est intégré verticalement au réseau national présenté dans le chapitre 15. Plus précisément, bon nombre d'acteurs genevois sont en contact avec des acteurs du réseau national (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies - ISPA; Groupe romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies - GREAT). Ainsi, le réseau genevois n'agit pas seul mais est associé à d'autres instances nationales par des contacts soit ascendants (demandes d'informations, de subsides, etc.), soit descendants (participation à des campagnes nationales, mise en commun des efforts).**

Ensuite, on voit dans cette figure que la FEGPA joue un rôle central dans ce réseau, et cela non seulement pour les organisations fédérées (toutes ne sont pas représentées dans cette figure du fait de leur position marginale dans le réseau), mais aussi pour les institutions publiques travaillant dans le domaine de l'alcoolisme. En effet, outre sa tâche de coordination pour les organisations privées due à son statut, la FEGPA constitue une plate-forme pour la majorité des organisations du réseau genevois en vertu du mandat que les autorités lui ont attribué.

On constate aussi que des rapports privilégiés se sont établis parmi les organisations et institutions de prise en charge représentées en bas de la figure (Division d'alcoologie des IUPG, Consultation d'alcoologie de la policlinique de médecine, Petit-Beaulieu, Maison de l'Ancre, Porte Ouverte et Croix-Bleue). Ces collaborations se font indépendamment du type d'organisations, même si une

**division du travail entre les organisations privées et publiques existe. En effet, les organisations privées et publiques se distinguent sur le type de prestations qu'elles procurent, correspondant à différentes problématiques de l'alcoolisme (médicale, psychologique, sociale). Ainsi la Division d'alcoologie et la Consultation d'alcoologie sont des structures médicalisées ambulatoires; le Centre de soins du Petit Beaulieu est une structure médicalisée et résidentielle; la Maison de l'Ancre est une institution sociale résidentielle alors que les organisations privées telles que la Croix-Bleue et la Porte Ouverte assument une prise en charge ambulatoire de type social (accueil et accompagnement). D'autres organisations, qui travaillent parallèlement à ces organisations, font aussi partie du dispositif d'alcoologie genevois. Le Centre Espoir de l'Armée du Salut accueille notamment des personnes touchées par des problèmes liés à l'alcool, mais il ne dispose pas de programmes spécifiques et n'est pas spécialisé dans les questions liées à l'alcoolisme. Les groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes et d'Al-Anon, s'ils représentent un maillon fondamental dans l'accompagnement des personnes alcooliques, agissent quant à eux de manière indépendante (ils entretiennent quand-même des contacts avec les autres organisations mais ceux-ci se limitent à un échange de clientèle). Quant au Service Santé Jeunesse, il représente un acteur crucial pour la prévention des problèmes liés à l'alcool auprès des jeunes. A côté d'actions organisées conjointement avec la FEGPA, il dispense notamment une information sur les toxicomanies pour les classes secondaires dans laquelle il intègre les problèmes liés à l'alcool. Enfin, Radio Cité, offre des heures d'antenne à des organisations telles que la Croix-Bleue ou la Porte Ouverte.**

La figure 17.1 témoigne en fait d'une collaboration entre les différents acteurs du réseau, qu'ils soient publics ou privés, collaboration qui s'effectue le plus souvent autour d'une même clientèle, mais qui peut aussi prendre la forme de programmes communs et de réunions. Pour ce qui est des programmes communs, des services médicalisés publics adressent leur clientèle à des organisations privées afin de leur assurer une réintégration optimale grâce par exemple aux groupes d'entraide constitués au sein de ces organisations. Quant aux réunions, en dehors des séances prévues par la FEGPA, les acteurs du réseau peuvent se rencontrer dans le cadre des réunions mensuelles d'alcoologie organisées par la Consultation d'alcoologie et du séminaire d'enseignement hebdomadaire proposé par la Division d'alcoologie.

Cependant, des résistances et des désaccords subsistent encore et empêchent que la collaboration entre les différentes organisations et institutions soit optimale. Si parmi les

organisations privées celle-ci peut être considérée comme satisfaisante (le seul acteur qui s'opposait à collaborer n'a plus été financé), il n'en va pas de même pour les services publics qui ont souvent du mal à se mettre d'accord et à collaborer. La création du Petit Beaulieu a par exemple révélé que la question de savoir à qui “appartiennent” les personnes alcooliques dans le monde médical n'est pas encore résolue. En effet, dans le paysage alcoologique genevois, la médecine psychiatrique revient aux IUPG alors que la médecine somatique est prise en charge par la policlinique de médecine de l'hôpital cantonal universitaire dans le cadre de la Consultation d'alcoologie. Or, les IUPG n'ont pas participé à l'élaboration du projet du Petit Beaulieu car les attentes des alcooliques et anciens alcooliques demandaient un lieu de soins de médecine somatique. Comme le Rapport Schönbächler établi en 1985 (et qui, nous l'avons vu, a fondé la création du Centre de soins du Petit-Beaulieu) envisageait la possibilité de confier la responsabilité médicale du Centre aux IUPG ou à une équipe indépendante (on prévoyait alors plutôt une Clinique), la décision d'associer au projet la policlinique de médecine pour sa gestion médicale a provoqué des dissensions entre ces deux institutions (visibles d'ailleurs dans le figure 17.1). Face à ces conflits, le Département de la prévoyance sociale et de la santé publique dont dépendent ces deux institutions est relativement impuissant et les diverses propositions qui ont été faites (comme la mise sur pied d'une antenne au sein des IUPG pour offrir une consultance psychiatrique aux pensionnaires du Petit Beaulieu) n'ont pas été utilisées. Son seul pouvoir est celui d'intervenir comme médiateur, ce qu'il a fait par exemple en nommant les responsables de ces deux institutions en conflit au Comité de la FEGPA afin qu'ils puissent avoir, selon les termes d'un fonctionnaire, des “rendez-vous obligés”.

## **Conclusion**

Même si la problématique liée à l'alcoolisme a une longue histoire dans le canton de Genève, sa prise en compte comme un véritable problème de santé publique est récente et, finalement, le welfare mix tel qu'il apparaît au début de 1990 date de quelques dix années. C'est en effet seulement depuis 1983 (création de la Maison de l'Ancre, mandat de coordination de la FEGPA assorti d'une augmentation des subventions) et, de manière plus décisive, suite à la rédaction du Rapport Schönbächler que les autorités publiques considèrent l'alcoolisme comme un problème qu'il s'agit de traiter selon diverses approches combinant le médical, le psychologique et le social.

Plus exactement, le secteur de la lutte contre les problèmes liés à l'alcool a pendant

longtemps été en mains privées et sa prise en charge par les autorités publiques a suivi le “modèle libéral de transfert des fonctions“ sans qu'aucune structure nouvelle soit formée (c'est parce que la Société d'utilité publique en a fait la demande que l'Etat a repris le Centre Dr. H. Revilliod). C'est seulement à partir de la moitié des années 1980, lorsque les demandes émanant de la société civile s'intensifient, que l'Etat complète le dispositif d'alcoologie. Mais, bien que l'Etat agisse encore selon le modèle libéral de transfert des fonctions, son intervention ne consiste plus seulement à “reprendre“ une partie de la lutte contre l'alcoolisme, mais aussi à s’“associer“ avec des acteurs privés pour la réalisation d'une politique dans le champ de l'alcoolisme. Si une telle association est difficilement envisageable pour les aspects médicaux de l'alcoolisme, elle est surtout employée pour la prévention et pour l'organisation du secteur comme le témoignent l'augmentation des subventions accordées à la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme dès le milieu des années 1980 pour ses activités de prévention et le mandat de coordination que le Département de la prévoyance sociale et de la santé publique lui a octroyé. Cette situation a pour avantage de donner aux organisations privées une plus grande latitude dans le développement de leurs programmes et surtout leur permet de participer activement au réseau. Les organisations privées ne sont en effet pas soumises à des acteurs publics leur imposant une conception unique de l'alcoolisme par le biais des subventions. Au contraire, la vision de l'alcoolisme marquant le réseau genevois provient de la mise en commun d'expériences de tous les acteurs, qu'ils soient publics et privés. Cependant, cette situation n'est pas synonyme d'absence de l'Etat. Le rôle de coordination de la FEGPA est basé sur un mandat défini par les autorités publiques. Par ailleurs, si les organisations privées ne sont pas soumises aux autorités publiques, elles n'en sont pas totalement indépendantes. Leur financement reposant sur des subventions publiques, leur marge de manoeuvre peut se trouver limitée par l'acteur étatique s'il juge qu'elles s'éloignent de la politique qui a été définie pour le champ.

## **18. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Lucerne**

L'histoire du réseau lucernois trouve ses origines au début de ce siècle. La particularité de cette histoire consiste dans l'absence des forces religieuses dans le processus de prise de conscience de la problématique liée aux abus d'alcool. En effet, la Croix-Bleue, d'inspiration protestante, n'est pas présente dans le canton de Lucerne, canton à large majorité catholique. Par ailleurs, une formation comparable à la Croix-Bleue n'existe pas

du côté de l'Eglise catholique: la Ligue catholique d'abstinence qui s'est développée dans les cantons catholiques de Suisse et qui aurait dû devenir la "Croix-Bleue catholique" n'avait pas les caractéristiques nécessaires pour devenir un véritable mouvement. En effet, un peu partout, des sections ont été mises sur pied par les évêques - et non pas par la base catholique - ce qui a très vite débouché sur la dissolution de cette ligue.

### **Histoire du réseau lucernois**

En 1910, le Canton de Lucerne met en place un service qui s'occupe des pauvres et prend en charge toutes les personnes en marge de la société - notamment les personnes alcooliques - sans disposer pour autant de programmes spécifiques. En raison de sa prise en charge non spécialisée, ce service ne réussit pas à répondre aux besoins des personnes souffrant d'abus d'alcool. C'est pourquoi une association (la Société lucernoise pour l'organisation d'un secrétariat cantonal des abstinents), dont le but est de promouvoir un service cantonal traitant des abus d'alcool, se forme en 1911 à l'initiative de représentants de la bourgeoisie lucernoise. Cette association établira le premier service spécialisé (et confessionnellement "neutre") en 1912, service géré par des spécialistes volontaires (consultations le soir, trois fois par semaine).

Cette situation précaire d'un service volontaire persiste jusqu'en 1949, date à laquelle la Société cantonale pour l'aide aux personnes avec de problèmes liés à l'alcool - qui a succédé à la Société lucernoise pour l'organisation d'un secrétariat des abstinents - entreprend des démarches visant à mettre sur pied un dispensaire antialcoolique professionnel, démarches qui aboutissent sur l'octroi de subventions cantonales destinées à la gestion d'un tel dispensaire. Ainsi, en 1951, les activités du service volontaire sont reprises et complétées par le dispensaire antialcoolique. La même année, le Canton complète le dispositif de prise en charge - qui avec le dispensaire antialcoolique est limité à des traitements ambulatoires et privés - en créant une unité résidentielle spécialisée de cure de désintoxication - la première structure de ce genre à Lucerne - au sein de l'hôpital cantonal.

Mais la volonté du Canton d'intervenir dans le domaine de l'alcoolisme ne se cristallise véritablement que dans la Loi sur l'aide aux malades de l'alcoolisme du 11 mai 1954 qui désigne explicitement - et c'est une innovation au niveau Suisse - les personnes qui ont des problèmes liés à l'abus de l'alcool comme des *malades* et non comme des "personnes pécheuses". La loi sera la base d'intervention dans le champ et permettra d'augmenter le nombre d'assistants sociaux travaillant pour le dispensaire antialcoolique,

rebaptisé Service médico-social du canton de Lucerne.

Vers la fin des années cinquante, le service médico-social a quatre employés qui travaillent, à partir du siège central de Lucerne, dans les différents districts du canton. Le statut légal de ce service est privé, mais, étant donné la dépendance financière et la réglementation de son fonctionnement à travers une loi cantonale, on peut le considérer comme une structure para-étatique. Cette situation changera avec le projet développé par le gouvernement cantonal visant à la décentralisation du service médico-social, projet réalisé entre 1961 et 1965.

Suite à ce projet, en effet, le service médico-social cantonal est remplacé par six centres médico-sociaux dans les différents districts du canton - les services de Lucerne-Ville, Lucerne-Campagne, Entlebuch, Hochdorf, Sursee et Willisau - prenant la forme d'associations de communes. Cette décision de décentralisation est liée à une volonté d'amélioration du travail du service médico-social cantonal plutôt qu'à une volonté d'épargne. En effet, grâce à la décentralisation, les assistants sociaux des centres médico-sociaux réussissent à se rapprocher de leur clientèle de même que, grâce à la "communalisation", ils peuvent augmenter la confiance des usagers envers leur service. Par contre l'Etat cantonal continuera à payer environ deux tiers des coûts des centres (occupant ensemble plus de trente personnes), ce qui ne débouche sur aucune épargne pour les finances publiques. L'autre tiers est payé par les communes et, dans une moindre mesure, par des donations.

Pendant les années 1970 et 1980, les activités des différents centres médico-sociaux ne cessent d'augmenter. Cette augmentation des activités, si elle permet d'apporter une aide plus importante aux personnes souffrant des problèmes liés à l'alcool, est aussi due à l'intégration de nouvelles activités en dehors du domaine de l'alcoolisme, et a pour conséquence une transformation des centres médico-sociaux spécialisés en centres polyvalents (60% des activités restent liées aux problèmes causés par l'abus d'alcool et 40% concernent les autres dépendances et le planning familial). Par contre, malgré l'accroissement des services ambulatoires, les lacunes présentes depuis longtemps dans la prise en charge résidentielle ne seront pas comblées. L'Etat cantonal reste passif et laisse l'initiative à des acteurs privés. Ce sont eux qui mettent sur pied les seules structures résidentielles spécialisées (en dehors de l'unité de l'hôpital cantonal). Mais ces structures ne suffisent pas à combler le manque de places pour des thérapies. Aussi, voit-on dans le réseau lucernois la présence de maisons thérapeutiques situées dans d'autres cantons alémaniques qui contribuent à améliorer la situation déficiente de Lucerne.

## **Le réseau lucernois**

Le réseau lucernois est composé de seize acteurs dont un seul traite uniquement de problèmes liés à l'abus d'alcool (voir figure 18.1). Parmi les 15 autres, 10 sont des acteurs polyvalents et 5 des structures publiques. Le centre coordonnant le réseau lucernois est le Groupe de travail des centres médico-sociaux auquel appartiennent les responsables des différents centres médico-sociaux, mais aussi différents représentants institutionnels. Le réseau est formé:

- de maisons de santé et de centres thérapeutiques situés dans le canton de Lucerne (Meggen; Lindenheim) et en Suisse alémanique (en premier lieu les centres thérapeutiques Wysshölzli, Kirchlindach, Thurbenthal et Ellikon) qui sont toutes des structures privées;
- de structures judiciaires (police des routes, prisons, tribunaux) et de la santé (le service socio-psychiatrique, les hôpitaux, les cliniques psychiatriques - en premier lieu la cliniques psychiatriques Saint Urban);
- des Alcooliques Anonymes (environ huit groupes);
- du Schweizerischer Verband vom Fachleuten für Alkoholgefährdete- und Suchtkrankenhilfe (VSFA) et de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) qui, tout comme à Berne et à Genève, interviennent en tant qu'informateurs et comme organes de liaison avec le niveau national.

Cependant, ce réseau n'est pas isolé mais est rattaché au réseau plus général de la prévention grâce au Groupe de prophylaxie de Suisse interne et de l'organisation Intersitzung (celle-ci se retrouve d'ailleurs aussi dans le réseau sida lucernois).

**Figure 18.1:** *réseau lucernois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

- (a) 6 centres médico-sociaux
- (b) Centres thérapeutiques de Meggen; Maison de réhabilitation Lindenheim; Kirchlindach; Wysshölzli; Thurbenthal; Ellikon

## **Conclusion**

Le retard initial qu'a connu le canton de Lucerne pour la mise en place de services dans le domaine des abus d'alcool s'est en fait avérée être un avantage. A partir des années cinquante, Lucerne a le concept de lutte contre l'alcoolisme le plus moderne de Suisse (voir Tecklenburg 1983) et réussit - et cela est encore plus important - à l'exécuter. En

effet, à l'époque, le canton de Lucerne ne connaît pas d'importantes organisations abstinentes qui, comme on peut le voir dans les autres cantons analysés, auraient possédé un monopole en matière de prévention et de prise en charge de l'alcoolisme et contre lesquelles le Canton aurait dû lutter pour réaliser son concept. La quasi inexistence de services destinés à des personnes avec des problèmes liés à l'alcool jusque dans les années cinquante constitue, paradoxalement, un avantage car elle permet de remplir les lacunes de façon planifiée. Cette situation a donné la possibilité au Canton de diriger, lors de la mise en place des soins, le développement du réseau et, lorsque celui-ci est établi, de se retirer et de régler le réseau en gérant et distribuant la dîme de l'alcool ainsi qu'en participant aux organes de coordination. Une fois le réseau mis en place, l'Etat laisse l'initiative aux professionnels du champ qui, formellement agissent dans le cadre d'organisations privées - et profitent ainsi de leur indépendance pour améliorer et augmenter les performances du réseau - mais qui sont toutefois liés aux instruments de régulation employés par l'Etat. Les instruments utilisés par le Canton pour mettre en oeuvre une telle politique sont principalement la gestion et la distribution de la dîme de l'alcool, ainsi que la participation aux organes de coordination.

Ce rôle de l'Etat dans un système basé sur la subsidiarité empêche le gaspillage dû aux chevauchements de services comparables et garantit une certaine liberté d'action aux services "privés" dans l'organisation de leurs activités. Le paradoxe d'un Etat "pseudo faible" se manifeste d'ailleurs dans la perception de la part des représentants des services médico-sociaux - souvent soulignée pendant nos interviews - qui ont l'impression d'être des unités étatiques dotées de libertés dans le fonctionnement interne. Mais, cette stratégie étatique consistant à orienter l'évolution du réseau tout en laissant aux acteurs privés une importante marge de manoeuvre comporte aussi des désavantages.

- Les transformations sont lentes: la décentralisation, décidée en 1959, a seulement été complétée en 1973 car certaines communes ont émis des résistances à se joindre aux associations créées comme structure formelle des services médico-sociaux - la stratégie étatique développée demande en effet des efforts de persuasion.
- L'Etat peut bloquer la mise en place de certains programmes: l'autonomie financière des services médico-sociaux est extrêmement limitée et une augmentation des activités est seulement possible si l'Etat accorde un subventionnement supplémentaire - ce qui n'est pas le cas, en ce moment, pour des programmes de prévention générale.
- L'Etat épargne sur le dos des services: le Canton de Lucerne a incité les services médico-sociaux à augmenter l'éventail de leurs prestations en direction du planning familial, sans pour autant supporter tous les coûts causés par cette

transformation.

Le welfare mix lucernois est, pour résumer, fortement influencé par les décisions prises par le gouvernement cantonal qui limite son action à une fonction d'orientation et qui ne prend pas en considération les lacunes existantes - manque d'un centre de prévention et surtout nombre insuffisant de structures résidentielles. En d'autres termes, le rôle subsidiaire de l'Etat est insuffisant pour mettre en place un réel système de prise en charge des problèmes liés à l'abus d'alcool. On pourrait même déduire du cas lucernois que ce rôle bloque l'initiative privée qui n'est pas motivée pour agir quand il n'y a pas de demande de la part de l'Etat, demande qui correspondrait à une garantie d'être subventionné.

### **19. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool dans le canton de Vaud**

Le canton de Vaud est un canton viticole et le vin fait partie intégrante de sa tradition. Cependant, avec l'augmentation de la consommation des boissons distillées au siècle passé (notamment parmi les couches défavorisées de la population), les autorités se sont rapidement soucies du problème de l'alcoolisme en mandatant une étude portant sur les méfaits pour la société des abus d'alcool et en édictant des mesures de lutte contre les problèmes liés à l'alcool. Ces mesures avaient essentiellement pour but "d'améliorer les mœurs" (Masraff 1980: 45) et de protéger la société contre les abus d'alcool et leur caractère était éminemment répressif et coercitif. Bien que ce caractère coercitif de l'action étatique soit présent dans toutes les réalités cantonales et sera, par la suite, assorti de buts thérapeutiques, il a marqué le réseau vaudois jusqu'au milieu des années 1980. Cependant, en dépit du rôle joué par l'acteur étatique sur l'évolution du réseau vaudois, les organisations privées ont aussi eu une place importante dans l'histoire de la lutte antialcoolique vaudoise, comme le témoigne le nombre d'acteurs intermédiaires présents dans le canton de Vaud en 1991. Après une évolution datant de plus de cent ans, le réseau vaudois est en effet constitué de 20 acteurs, dont 4 seulement sont publics, 9 sont privés spécialisés et 7 sont privés polyvalents. Parmi ces acteurs, il faut encore compter la trentaine de sections et sous-sections de la Croix-Bleue et la vingtaine de groupes de rencontre des Alcooliques Anonymes et d'Al-Anon, répartis sur tout le territoire vaudois.

#### **Formation du réseau vaudois**

Dans le canton de Vaud, le rôle de l'Etat reste mineur jusque dans les années 1940 et, de manière comparable à ce qu'on a pu observer dans d'autres cantons, il consiste à interner

les personnes abusant de l'alcool portant préjudice non seulement à leur propre personne, mais aussi à leur famille, leur entourage et à la société. L'internement est alors considéré comme une mesure ultime intervenant en bout de chaîne. Avant que cette mesure soit prononcée, la personne alcoolique est prise en charge par toute une série d'organisations privées issues du mouvement d'abstinence (comme par exemple la Croix-Bleue et les Bons Templiers). Ainsi, dans les premières années de la lutte antialcoolique, on observe dans le canton de Vaud une division des tâches suivant le principe traditionnel de la subsidiarité: l'Etat n'intervient par l'internement que lorsque l'aide des expressions organisationnelles de la société civile a échoué.

A partir de 1940, par contre, l'Etat voit son rôle progressivement augmenter par une évolution législative. La Loi sur l'internement des alcooliques du 5 février 1941 prévoit notamment des structures étatiques spécifiques à la prise en charge des problèmes liés à l'alcool et met en effet en place une procédure selon laquelle un buveur (qu'il ait commis une infraction ou non) fait d'abord l'objet de mesures préliminaires (avertissement, engagement d'abstinence, affiliation à une société d'abstinence, soumission à un contrôle médical) assumées par plusieurs offices (dépendant du Département de justice et police). Si ces mesures préliminaires n'aboutissent pas, le Département de justice et police ordonne l'internement. En 1949, la loi est abrogée et remplacée par la Loi sur le traitement des alcooliques dans laquelle les offices sont transformés en un Office cantonal de surveillance antialcoolique (OCSA), duquel dépendent plusieurs Offices régionaux antialcoolique (ORA). Suite à cette nouvelle législation, la surveillance des mesures préliminaires (assurée par l'OCSA et les ORA) dépend du Département de l'intérieur et de la santé publique, ce qui témoigne d'un changement dans la perception des problèmes liés à l'alcool: d'un problème mettant en danger la société, l'alcoolisme devient un problème de santé publique.

Parallèlement à ces développements législatifs qui donnent à l'Etat une place centrale dans le réseau vaudois, les actions réalisées par les acteurs privés dans le champ des problèmes liés à l'abus d'alcool deviennent plus incisives, notamment en ce qui concerne la prévention. A partir des années cinquante, en effet, les différentes organisations - la plupart liées au mouvement d'abstinence - prennent exemple sur le Cartel antialcoolique genevois (aujourd'hui la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme - FEGPA) et se réunissent au sein d'un Cartel antialcoolique vaudois (qui, toujours à l'exemple de son homologue genevois, prendra en 1985 le nom de Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme - FEVPA) dont la mission est de coordonner la

douzaine d'organisations abstinentes du canton et de réaliser, avec leur concours, des activités de prévention et d'information sur les problèmes liés à l'alcool.

Cependant, à partir des années 1960, de nouveaux acteurs privés qui ne sont pas liés au mouvement d'abstinence entrent dans le réseau vaudois. Ce sont principalement des institutions résidentielles qui ont non seulement pour objectif le sevrage des personnes alcooliques, mais aussi leur réhabilitation socio-professionnelle. Ces institutions sont toutes privées et offrent des services se basant sur un engagement volontaire de la personne alcoolique. Par ailleurs, elles se distinguent des organisations abstinentes par le fait que leur travail n'est pas basé sur la morale, mais sur un savoir scientifique et technique. Parmi elles, on trouve des organisations spécialisées dans les problèmes liés à l'alcool telles que le Foyer de l'Estérelle fondé en 1966, la Fondation des Oliviers qui a débuté ses activités en 1976, l'Armée du Salut qui a ouvert en 1973 la Clinique du Vallon avec l'aide financière de l'Etat, la Clinique de la Métairie qui a établi une unité pour les personnes alcooliques en 1986 et, plus récemment, le Foyer de l'Arcadie créé en 1992 à la demande du Département de l'intérieur et de la santé publique par l'Association privée de prophylaxie de l'alcoolisme (APPA) qui administre déjà le Foyer de l'Estérelle. On trouve par ailleurs des institutions qui se sont constituées pour lutter contre les problèmes de dépendance et de marginalité quels qu'ils soient et sont donc ainsi confrontées aux problèmes de l'alcoolisme. C'est notamment le cas du Foyer du Relais créé en 1971 et du Clodo fondé peu après, en 1976, par l'Association pour la prévention et la lutte contre les toxicomanies.

### **Systematisation du dispositif vaudois d'alcoolologie**

En dépit de toutes ces transformations, l'Etat intervient toujours dans le champ de l'alcoolisme en vertu du principe de subsidiarité. Cependant, au fil des ans, il accroît son contrôle sur l'organisation de la société comme en témoigne la formation de l'Office cantonal de surveillance antialcoolique. De même, les acteurs privés qui se forment travaillent de moins en moins de manière autonome. Par exemple, l'Association des oeuvres sociales de l'Armée du Salut de laquelle dépend la Clinique du Vallon et l'Association privée de prophylaxie de l'alcoolisme bénéficient d'une convention avec l'Etat.

Cependant, à partir du milieu des années 1980, l'agir étatique dans le champ des problèmes liés à l'alcool se transforme. En 1985, en effet, la Loi sur le traitement des alcooliques de 1949 a été abrogée par l'adoption de la Loi sur la santé publique du 29 mai

1985 (LSP). Celle-ci contient notamment des dispositions générales relatives à la prévention de l'alcoolisme et donne à l'Etat la responsabilité de l'organisation de la lutte contre l'alcoolisme par l'intermédiaire de services privés ou publics et donne lieu, en 1986, à un Règlement sur la lutte contre l'alcoolisme dont le contenu a été défini sans concertation préalable avec les acteurs du réseau - notamment avec les organisations issues du mouvement d'abstinence et se regroupant autour de la Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme. Suite à ce règlement, plusieurs changements décisifs pour le réseau vaudois interviennent. *Tout d'abord*, l'OCSA se transforme en Office cantonal antialcoolique (OCA) et se limite dorénavant à appliquer les mesures administratives et judiciaires envers les personnes ayant commis des délits en raison d'abus d'alcool. *Deuxièmement*, afin de garantir une uniformité du travail, les offices régionaux sont supprimés et le travail est centralisé à Lausanne, même si les assistants sociaux de l'OCA interviennent partout dans le canton. *Troisièmement*, suite aux développements intervenus dans le champ de l'alcoolisme et notamment introduits par le travail des professionnels engagés dans des organisations privées, l'administration est consciente que le rétablissement des personnes alcooliques nécessite des relations basées sur un engagement volontaire de la part de la personne souffrant de problèmes liés à l'alcool, relations difficilement garanties par une structure agissant dans un cadre étatique. De même, un rôle toujours plus important est donné à la prévention et à l'information. Aussi, le règlement prévoit-il la création par le Conseil d'Etat de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) dont la tâche est de développer la prévention primaire, secondaire et la prise en charge de l'alcoolisme sur la base de relations individuelles et volontaires. Par ailleurs, la FVA s'insère dans un dispositif de santé publique privé déjà existant (de la même manière d'ailleurs que les organisations s'étant constituées pour la lutte contre le VIH/sida). Plus précisément, l'Etat a demandé à ce que la Fondation entre au sein de la Fédération des Ligues de la Santé à des fins de coordination et d'allègement des structures administratives. Quant aux activités et programmes de la FVA, ils sont développés de manière autonome sous l'égide de son Conseil de fondation (dans lequel on trouve tout de même trois représentants de l'Etat de Vaud) et d'un Bureau. Quant à son financement, le règlement ayant institué la FVA prévoit que la fondation soit financée par le Département de l'intérieur et de la santé publique, en plus du patrimoine initial versé par l'Etat de Vaud de cinquante mille francs.

Les incidences de cette évolution législative sont fondamentales pour le réseau vaudois. D'un côté, l'Etat en réduisant ses possibilités d'action donne aux acteurs privés

une place plus importante, mais, de l'autre, il institue un nouvel acteur qui reprend en grande partie les tâches de prévention et d'information de la FEVPA et qui absorbe près de la moitié de la dîme de l'alcool à disposition du canton, ce qui ne peut manquer d'avoir une incidence sur les acteurs bénéficiant traditionnellement de la dîme (d'autant plus que le montant total de la dîme tend à diminuer).

### **Le réseau vaudois**

En considérant les relations qu'entretiennent entre eux les différents acteurs intervenant dans le champ de l'alcoolisme dans le canton de Vaud (figure 19.1), il nous est possible d'affiner l'image du réseau vaudois que nous avons brossée à grands traits jusqu'ici.

Les contacts entre les différentes organisations et institutions présentées dans cette figure sont nombreux et se réalisent principalement autour des personnes avec des problèmes liés à l'abus d'alcool. L'Office cantonal antialcoolique, par exemple, travaille étroitement avec le Service des autos car la majorité des cas qui lui sont soumis sont des personnes ayant conduit en état d'ébriété. Un noyau intense de relation s'est aussi établi entre les acteurs assurant une prise en charge professionnalisée des personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool ayant fait une démarche individuelle et volontaire, que ce soit en offrant des services ambulatoires (FVA) ou résidentiels (Clinique du Vallon, Fondation des Oliviers, les deux foyers de l'APPA). Ce réseau de prise en charge est encore complété par différentes institutions résidentielles et foyers (quelques fois situés en dehors du canton), par le travail des Alcooliques Anonymes et par la Croix-Bleue qui consitue la seule organisation abstinente réellement active dans le réseau (les autres organisations réalisent surtout des activités de prévention mais reçoivent de moins en moins d'argent de la dîme et voient ainsi leurs activités diminuer ou alors se limitent à des activités destinées à leurs membres). Quant au Centre Hospitalier Universitaire, il réfère surtout les personnes touchées par les problèmes liés à l'alcool à d'autres organisations et, depuis 1992, abrite l'Unité multidisciplinaire d'alcoologie (UMA) qui a développé un projet de formation, de recherche et de dépistage en association avec les autres organisations et institutions du réseau. Il est encore à noter qu'en matière de prévention, du fait de la place centrale qu'occupe la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, l'acteur de référence semble être cette dernière.

**Figure 19.1:** *réseau vaudois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

- |  |  |
|--|--|
| <p>(a) Association vaudoise pour une jeunesse saine<br/>Bons-Templiers vaudois<br/>Conférence romande de l'action sociale (CORAS)<br/>Département social romand (DSR)<br/>Espoir vaudois<br/>Croix d'Or<br/>SVEN<br/>Ligue suisse des femmes abstinentes, section Lausanne<br/>Société vaudoise d'hygiène mentale<br/>Société vaudoise d'utilité publique (SVUP)</p> | <p>(c) Hôpital de Cery<br/>Policliniques psy. A et B<br/>Hôpital Bellevue (secteur nord)<br/>Hôpital du Nant (secteur est)<br/>Hôpital de Prangins (secteur ouest)</p> |
| <p>(b) Croix-Bleue vaudoise<br/>Croix-Bleue faisceau lausannois<br/>Jeune Croix-Bleue romande</p>  | <p>(d) Maison de Pontareuse<br/>Foyer l'Epi<br/>Le Devin<br/>L'Auvent</p> <p>(e) Foyer l'Estérelle<br/>Foyer l'Arcadie</p>   |

Si la majorité des contacts se font autour de la clientèle et introduisent des relations horizontales, le financement de ces organisations engendre par contre des relations verticales dans lesquelles l'acteur étatique décide non seulement des subventions, mais oriente aussi les organisations subventionnées afin d'obtenir une coordination et une complémentarité entre les différents services offerts. En effet, la Commission cantonale de la dîme de l'alcool (précédemment la Commission consultative de lutte contre l'alcoolisme), présidée par le chef de l'OCA, préavise le Conseil d'Etat sur la manière dont le montant de la dîme pour le canton de Vaud sera distribué. Ainsi, certaines organisations bénéficient d'un traitement privilégié de la part de l'Etat en jouissant d'avantages financiers: l'APPA jouit par exemple d'une convention avec l'Etat qui garantit la couverture des déficits par une enveloppe budgétaire et la Fondation des Oliviers bénéficie d'un régime contractuel couvrant les coûts d'exploitation et les garanties de séjour. Si jusqu'à peu, la répartition de la dîme n'occasionnait pas de réels problèmes, la diminution des bénéfices de la Régie fédérale des alcools (dont les effets ont pu être limités jusqu'en 1992 grâce à la distribution de la fortune de la dîme) ainsi que la volonté d'optimiser l'utilisation des ressources créent certains problèmes. En effet, ce ne sont plus les organisations en tant que telles qui sont subventionnées, mais des projets. Ainsi, des organisations qui autrefois recevaient de l'argent sans autres voient maintenant leur subventionnement remis en cause. En fait, cette question du subventionnement se cristallise autour du débat entre professionnels et bénévoles. Plus précisément, le trou financier semble jouer en défaveur des organisations abstinentes basées sur un travail bénévole qui ont de la peine à transformer leur vision des problèmes liés à l'alcool et à développer des projets ou des programmes tenant compte de l'évolution des connaissances alcoologiques, des techniques de communication et de prévention et donc à satisfaire aux critères d'évaluation de la Commission cantonale de la dîme de l'alcool. Cette situation est particulièrement dramatique pour la Fédération vaudoise de prévention pour l'alcoolisme -

et les associations fédérées - qui voit son existence remise en question en raison de la décision étatique de favoriser la Fondation vaudoise pour l'alcoolisme pour la réalisation des tâches de prévention.

## **Conclusion**

Il ressort de cette reconstruction historique que la politique vaudoise dans le domaine de l'alcoolisme a, depuis les années 1940, été très active. Jusqu'à la fin des années cinquante, l'intervention directe de l'Etat sur le terrain a en effet été marquée par des mesures répressives à l'égard de l'alcoolisme, tout en laissant le soin aux organes privés d'assurer - grâce à l'existence de la dîme - la prise en charge volontaire. Ainsi, l'Etat n'intervient que peu dans l'organisation du secteur de l'alcoolisme. Mais si d'autres cantons ont aussi eu une législation répressive, le Canton de Vaud est néanmoins le seul à avoir constitué un organe spécialement destiné à la prise en charge de ces mesures et, qui plus est, existe encore. Dès les années soixante, l'Etat abandonne néanmoins progressivement sa conception répressive de l'alcoolisme pour une conception plus thérapeutique. Par ailleurs, à partir du milieu des années quatre-vingts, l'Etat limite sa fonction répressive aux mesures juridiques et administratives mais ne perd pas pour autant de son activisme dans le champ de l'alcoolisme en instituant par exemple la FVA. Un subventionnement toujours plus large des structures résidentielles privées accompagne cette évolution. Ainsi, d'un rôle largement déterminé par le principe de subsidiarité, l'Etat développe de plus en plus d'instruments incitant l'initiative privée à créer des services et lui permettant de définir des priorités, ainsi que de contrôler la coordination du réseau. Ce nouveau rôle de l'Etat découle directement de la Loi sur la santé publique qui stipule:

"L'Etat organise la lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies [...]. Il soutient les efforts de prévention secondaire et de traitement et réadaptation des alcooliques et autres toxicomanes, par l'intermédiaire de services publics ou privés" (art. 51).

Et si l'Etat a préféré utiliser des structures privées (la FVA aurait pu être un organisme public, de même que l'Arcadie aurait pu être géré par un acteur public), c'est sans doute pour respecter le principe de subsidiarité contenu dans la même loi:

"L'Etat prend ou encourage les mesures de prévention propres à maintenir et à améliorer la santé de la population. Il le fait en particulier lorsque l'individu, la famille ou la commune ne peuvent agir eux-mêmes avec efficacité" (art. 29).

En fait, par cette loi, le législateur a voulu donner à l'Etat de Vaud un pouvoir fort, tout en laissant le soin à la société de mettre en place les structures de prévention et de prise en charge. Dans les faits, on observe clairement cette tendance d'une subsidiarité assortie

d'un Etat actif. Ainsi, plutôt que de seulement favoriser l'auto-organisation du secteur alcool (dans lequel les organisations abstinentes ont une importance historique) par des subventions supplémentaires et de laisser ainsi une grande marge de manoeuvre aux acteurs privés, l'administration a donné une direction à la lutte contre l'alcoolisme en la "modernisant". Plus exactement, plutôt que de renforcer le rôle des organisations abstinentes représentées au sein de la FEVPA en leur offrant par exemple les moyens de réactualiser leur conception (c'est ce qu'ont d'ailleurs fait les autorités genevoises avec la FEGPA), l'administration a jugé plus opportun de créer, sans concertation préalable avec les organisations abstinentes, une nouvelle structure qui puisse à la fois reprendre une partie du travail de prise en charge des personnes alcooliques de l'OCA, développer des activités de prévention et être intégrée au réseau plus large de la prévention de la santé. Si la solution adoptée a l'avantage de créer une structure qui considère plusieurs aspects de la problématique alcool tout en étant insérée dans la problématique plus large de la prévention de la santé (du fait de son intégration institutionnelle) et qui débouche par ailleurs sur des résultats assez rapidement (l'adoption par la FEVPA d'une vision "moderne" de l'alcoolisme aurait sans doute pris plus de temps), elle a pour conséquence d'aboutir à terme sur la disparition de toute une catégorie d'organisations - notamment les organisations bénévoles issues du mouvement de tempérance et d'abstinence - n'arrivant plus à satisfaire aux critères établis par les autorités.

## **20. La lutte contre les problèmes liés à l'alcool à Zurich**

Le champ de l'alcoolisme est, dans le canton de Zurich, composé d'un grand nombre d'acteurs. Zurich possède, comme l'a constaté Spinatsch (1987: 54), le réseau le plus complet de Suisse, autant du point de vue quantitatif que qualitatif. On compte en effet une cinquantaine d'acteurs avec des programmes spécifiquement liés à l'alcoolisme (26 d'entre eux sont spécialisés, 9 sont polyvalents et 14 sont publics), environ 30 groupes d'entraide (une trentaine de groupes liés aux Alcooliques Anonymes, un groupe Sobrietas ainsi qu'une soixantaine de sections de la Croix-Bleue). Ces acteurs sont distribués sur tout le territoire du canton, avec néanmoins une présence plus importante dans les villes de Zurich et de Winterthur et ils se sont constitués tout au long des cent dernières années. Ils sont passés - comme l'illustre la figure 20.1 - par deux phases d'expansion (l'une durant jusqu'aux années trente et l'autre commençant dans les années soixante-dix) et par une phase de stagnation (entre 1935 et 1965).

**Figure 20.1:** *évolution du nombre d'acteurs dans le domaine de l'alcoolisme dans*

## *le canton de Zurich jusque fin 1991*

(a) Le n n'équivaut pas au nombre d'acteurs recensés en raison des données manquantes. Les acteurs contenus dans ce tableau restent tout de même représentatifs suite au contrôle d'autres variables

Ces trois phases se caractérisent par la relation complémentaire entre les acteurs publics et privés. En effet, les acteurs privés - et généralement spécialisés - sont les premiers à intervenir dans le domaine et forment, jusque dans les années soixante, un réseau dans lequel l'Etat reste passif. Plus tard, les acteurs étatiques se feront plus incisifs et interviendront dans le réseau afin de moderniser l'offre de services. En fait, parallèlement à la perte d'importance des organisations pionnières à partir de la deuxième guerre mondiale (celles-ci voient en effet le nombre de leurs membres ainsi que celui de leur clientèle diminuer), l'Etat sort de son rôle passif pour devenir un acteur central de la lutte contre l'alcoolisme dans le canton de Zurich.

### **Le temps des pionniers**

Les pionniers zurichois dans le domaine de l'alcoolisme se sont inspirés de deux tendances. D'une part, le protestantisme missionnaire de la Croix-Bleue a été à l'origine des premiers groupes d'entraide pour alcooliques et des premiers services de consultation professionnels. D'autre part, c'est du libéralisme bourgeois que se réclament les promoteurs de la première clinique spécialisée de Suisse, à savoir la Clinique Forel à Ellikon.

La première section de la Croix-Bleue du canton a été fondée en 1883 à Zurich et a été suivie par d'autres sections locales qui, en 1888 et en présence des deux pères fondateurs de la Croix-Bleue (Louis-Lucien Rochat et Arnold Bovet qui a "introduit" la Croix-Bleue en Suisse alémanique), se sont constituées en une association faîtière cantonale. Les premiers services professionnels de la Croix-Bleue dans le canton ont été mis en place en 1894 et en 1902 à Zurich, ainsi qu'en 1911 à Winterthur et ont servi d'exemple pour les services confessionnellement neutres qui se sont installés à partir de 1910 et surtout 1920 (en partie en collaboration avec la Croix-Bleue). En 1933, la Croix-Bleue zurichoise compte 5316 membres et atteint ainsi l'apogée de son histoire contemporaine (voir Brütsch 1989: 8ss).

C'est suite aux succès et à la reconnaissance de l'utilité du travail de la Croix-Bleue - mais aussi pour proposer un programme alternatif à une thérapie centrée sur le message religieux - qu'Auguste Forel s'engage dans la création d'une clinique et de services "neutres". Cette initiative se concrétise par l'ouverture en 1888 de la clinique

thérapeutique d'Ellikon (voir Reimann 1989). Auguste Forel inspirera encore différentes organisations qui marqueront la lutte antialcoolique suisse dans son ensemble tels que la Ligue antialcoolique suisse et les Bons Templiers, respectivement fondés en 1890 et en 1892.

Pendant cette période, l'Etat n'a aucun service travaillant spécifiquement sur les problèmes liés à l'abus d'alcool. Les services étatiques existants dans le domaine sont soit des hôpitaux, soit des cliniques psychiatriques. Pour combler cette lacune, différentes structures privées ont été mises en place, l'Etat se limitant à leur donner des subventions provenant de la dîme de l'alcool. A cette époque, la concurrence et les difficultés pour l'obtention de cet argent étaient limitées grâce, d'une part, aux bons rapports entre les organisations "neutres" et la Croix-Bleue et, d'autre part, grâce à l'homogénéité idéologiques existant parmi les personnalités politiques et les promoteurs des différents projets dans le domaine.

### **Crise du mouvement**

Au début des années 1930, et surtout dans les années 1940, le secteur de l'alcoolisme stagne. Une grande partie des acteurs que l'on trouve dans le réseau actuel existent déjà - à savoir une vingtaine d'acteurs -, mais aucun nouvel acteur ne se constitue et la majorité des acteurs en place - qui estiment, pour la plupart, former un mouvement - sont en perte d'énergie. Cette stagnation est principalement liée à la guerre sévissant dans toute l'Europe. L'économie de guerre, les réfugiés et surtout la "Mobilisation générale" changent radicalement l'entourage de l'action des acteurs du secteur. Le changement des priorités politiques dans une situation de guerre cause des impasses financières énormes, avec pour conséquence la suspension de différents services dans le domaine de l'alcoolisme. La chronique de la Clinique Forel mentionne ces difficultés:

"Die Zeitverhältnisse brachten es mit sich, dass die Heilstätte nicht voll besetzt war. Für die Hauseltern war es gleichwohl eine schwere Zeit, denn auch ihre Mitarbeiter weilten oft im Dienst. Gemeinde und Heilstätte bekamen Einquartierungen, später kamen 100 Mann Franzosen-Truppen. Es organisierte gemäss Plan Wahlen die Kriegswirtschaft, es begann die Rationierung der Lebensmittel" (Reimann 1989: 69s).

Mais la guerre n'explique pas tous les problèmes. Les structures mises en place lors de la "période des pionniers" perdent de plus en plus leur caractère de mouvement et, de ce fait, une partie de leur potentiel de mobilisation. Après les premières difficultés de mise en place des structures destinées à aider les personnes souffrant d'abus d'alcool, l'Etat devient progressivement - et cela aux différents niveaux fédéraux - un partenaire des

organisations pionnières en finançant de manière toujours plus importante leurs activités. En conséquence, il devient de moins en moins nécessaire pour les organisations pionnières de lutter pour obtenir une légitimation étatique et, à travers cette légitimation, un soutien matériel, ce qui démobilise une partie de leurs membres. La Croix-Bleue, avant-garde du mouvement abstinent, a été confrontée entre 1929 et 1949 à ces problèmes liés à l'institutionnalisation du mouvement:

"Wie wäre es da notwendig gewesen, dass das Blaue Kreuz mit verdoppelter Energie und Siegeszuversicht an diese erschwerten Aufgaben herangetreten wäre. Das Gegenteil war der Fall. Äusserlich zwar erstarkt und organisatorisch gefestigt, geriet das Werk in einen Zustand beängstigender Müdigkeit und Erschlaffung. Allerlei Gründe könnten hiefür angeführt werden. Die "Evangelisationswellen" waren verebt. Die Kraft der einzelnen und Gruppen wurden immer mehr aufgesplittert. Aus der Bewegung war eine Organisation geworden. "Das vom Himmel gefallene Feuer ist in Lampen abgefüllt, die rauschende, frische Quelle in Röhren abgeleitet" klagt ein Bericht aus jener Zeit. Wohl wurden noch Trinker gerettet, aber dieses Wunder war nichts Ausserordentliches, Erregendes mehr. Kurz: aus der offenen Feldschlacht war ein zäher Stellungskrieg geworden" (Schmid 1966: 43).

### **Restructuration du réseau**

Dans les années 1950, de nouveaux services sont mis en place par les Fédérations de communes dans les différents districts du canton. Cet élargissement du réseau alcool est issu, dans un premier temps, de la volonté des acteurs étatiques et privés de remplir les lacunes existantes. Ainsi, les services sociaux de Winterthur-campagne et d'Andelfingen, de Pfäffikon, de Hinwil, d'Affoltern am Albis et d'Uster sont mis en place. Dans un deuxième temps, l'après-guerre - nous avons déjà pu le constater à plusieurs reprises - amène des innovations dans le traitement des personnes alcooliques, innovations qui influencent le réseau alcool dans sa forme et dans son fonctionnement. Les innovations les plus importantes viennent du secteur médico-social: le développement de nouveaux médicaments (en premier lieu l'Antabus) change les conditions de la prise en charge en limitant les thérapies résidentielles et revalorisant les services ambulatoires. Comme ces services ambulatoires sont mieux appréciés à la fois par l'Etat et par les personnes atteintes de problèmes liés à l'alcool, on assiste à une professionnalisation du personnel dans les services ambulatoires.

Les organisations traditionnelles auront des problèmes à suivre ces innovations. La Croix-Bleue, tout comme dans les autres cantons, constitue une exception. Elle réussit en effet à saisir le défi posé par la création de ces nouvelles organisations professionnalisées et basées sur un savoir scientifique en augmentant son personnel (celui-ci passe de cinq personnes en 1950 à seize en 1991). Elle ne réussit pas, par contre, à freiner la perte de

ses membres et le vieillissement de sa base, ce qui affaiblit considérablement ses différentes sections (elles jouent en effet un rôle mineur dans l'offre de services proposés par l'organisation). L'Association faîtière des organisations des abstinents du canton, fondée en 1920 pour coordonner les organisations abstinentes, est une autre exception. Celle-ci transforme en effet ses buts et s'intègre aux organisations et institutions s'occupant de la prévention de la santé en général.

Mais les structures mises en place jusque dans les années 1950 sont confrontées à d'autres défis. Un premier défi concerne le grand succès des Alcooliques Anonymes à partir des années 1960 dans le canton de Zurich. Ce succès a, dans un premier temps, enlevé la légitimité au travail accompli par les structures traditionnelles pour, ensuite, le compléter. La première réaction des acteurs traditionnels a en effet visé à renforcer leurs groupes d'entraide. Mais ceux-ci ne convenaient pas aux besoins de nombreuses personnes souffrant d'abus d'alcool qui cherchaient en fait des lieux anonymes où ils pouvaient parler de leurs problèmes. Face à ces échecs et à leur perte de légitimité, les acteurs traditionnels ont changé leur attitude envers les Alcooliques Anonymes et plutôt que de les concurrencer, ils les ont intégrés dans la chaîne de services destinés aux personnes avec des problèmes liés à l'alcool. Aujourd'hui, les Alcooliques Anonymes constituent le lieu principal de référence pour les personnes cherchant un groupe d'entraide (voir aussi la figure 20.2) et possèdent, avec environ trente groupes, un quasi monopole dans l'organisation des groupes d'entraide.

Le deuxième défi - et qu'on retrouve dans tous les cantons - est lié à la crise financière existante aux différents niveaux fédéraux. A Zurich, dans le domaine de l'alcoolisme, on assiste à une diminution des subventions alors que les demandes sont en augmentation - à cause notamment de l'élargissement des buts à couvrir avec la dîme de l'alcool. Cette crise a pour conséquence des restructurations importantes. Plus précisément, l'organisation responsable de la distribution de la dîme de l'alcool, la Communauté de travail des services spécialisés sur les questions liées à l'abus d'alcool (qui est une organisation privée) a été dissolue à la fin des années quatre-vingts et le gouvernement cantonal - plus exactement la Direction du social - a pris la responsabilité de la distribution de la dîme qu'il répartit selon des critères spécifiques, ce qui influence les différents services mis en place jusque là et limite l'autonomie des acteurs privés. L'activité croissante de l'Etat suite à une situation de crise financière ne se manifeste pas seulement dans la gestion de la dîme de l'alcool, mais aussi, à partir de la fin des années soixante-dix, par une présence toujours plus déterminante dans le domaine de la prise en charge des problèmes liés à

l'abus de l'alcool. Les indices (et les conséquences) sont multiples:

- la clinique Forel est, en 1976, intégrée dans la planification hospitalière cantonale et soumise à la Direction cantonale de la santé;
- en 1981, le Canton de Zurich définit, dans la nouvelle Loi sur l'assistance sociale publique, les critères généraux des traitements ambulatoires auxquels les services doivent se tenir pour être reconnus comme structures officielles (et, de ce fait, pour obtenir des subventions);
- le Conseil communal de la ville de Zurich juge que les efforts de prévention fournis par les organisations privées en place dans le domaine de l'alcoolisme ne suffisent pas et demande que l'Etat mette sur pied une unité de prévention de santé, unité qui deviendra effective en 1985;
- la Ville d'Uster étatisation, en 1990, son service privé communal;

D'autres exemples peuvent encore illustrer ce changement du rôle des autorités publiques et ses conséquences qui consistent principalement en une adaptation des services existants aux critères de qualité de l'assistance sociale et médicale en vigueur. La description de ces transformations sera approfondie dans les prochaines pages décrivant la forme du réseau zurichois.

### **Forme du réseau**

La figure 20.2 tente de représenter le réseau zurichois de la lutte contre les problèmes liés à l'abus d'alcool et met en évidence la spécialisation et la différenciation existantes dans le secteur. Cette différenciation se voit notamment dans le rôle qu'ont les acteurs publics zurichois dans la lutte contre les problèmes liés à l'alcool. *Premièrement*, bien que les acteurs publics gèrent les flux financiers allant au secteur alcool (dîme, fonds de la loterie, fonds des restaurateurs, subventions directes, intégration à l'Etat cantonal), ils ne constituent en aucune manière un centre de coordination. *Deuxièmement*, les acteurs publics confient des mandats à différents acteurs privés tels que le Pestalozzianum (mise en place et réalisation d'un programme de prévention de santé dans les écoles) ou l'Association cantonale des organisations des abstinents (campagnes publicitaires contre l'abus d'alcool). *Enfin*, ils orientent (de manière facultative et, parfois, obligatoire) les personnes qui ont eu des problèmes légaux en raison d'abus d'alcool vers les services spécialisés (cette tâche est assurée par le Département de police du canton).

**Figure 20.2:** *réseau zurichois dans le domaine des problèmes liés à l'alcool (état fin 1991)*

- (a) Alt-Libertas, Alt-Humanitas, Sobrietas, Blaues Kreuz, Blaustern, Alkoholgegnerbund, Guttempler, Bund abstinerter Frauen, Schweiz. Arbeitsgemeinschaft Gesunde Jugend Sektion Zürich, Abstinenter Verkehrsverband
- (b) 12 services sociaux au niveau de district et de ville (Zurich et Winterthur)
- (c) 4 services régionaux, 2 en collaboration avec des Fédérations de communes de district
- (d) Cliniques Forel, Forel-Haus, Centre thérapeutique et de réhabilitation Hirschen
- (e) Männerheim Hertihus, Heilsarmee-Industrieheim, Communauté Obsthalden, Männerhaus Reblaube et zur Waid
- (f) 4 services polyvalents
- (g) Cliniques de Embrach, Rheinau, Kilchberg

Par ailleurs, de la même manière que les acteurs publics ne disposent pas d'un centre de coordination, les acteurs privés, depuis la dissolution de la Communauté de travail des services spécialisés sur les questions liées à l'abus d'alcool, ne peuvent se réunir au sein d'une organisation coordinatrice. Si la figure 20.2 montre les services spécialisés - et en partie les services de la Croix-Bleue - au centre du réseau, c'est parce qu'ils entretiennent des contacts avec tous les acteurs importants et garantissent à leurs clients un traitement impliquant différents acteurs. Mais entre ces différents acteurs se situant sur une même chaîne de traitement, la communication et la coordination sont minimales. Des tâches comme la formation continue du personnel ou la mise en place de stratégies de prévention communes ne sont prises en charge par aucun acteur cantonal. Ce sont, comme dans d'autres cantons, les organisations nationales (VSD, ISPA, VSFA) qui remplissent partiellement ces fonctions, sans pour autant combler les lacunes concernant la coordination du réseau.

## **Conclusion**

Le welfare mix zurichois s'est constitué sur la base d'initiatives privées visant à combler le manque de services pour les personnes avec des problèmes liés à l'alcool et à remoraliser la société. Cependant les acteurs privés n'ont pas eu un rôle figé, mais ils ont évolué au cours du développement du réseau zurichois. Le double caractère qu'avaient les organisations pionnières dans les premières années de leur existence, oscillant entre organisations de services et organisations de mouvement, a subi des transformations radicales dans les premières années de l'après-guerre. Les acteurs privés, dès le départ fortement subventionnés par le Canton et les communes, se sont transformés en organisations de services, laissant de côté leurs racines de mouvement.

Confié à l'initiative privée, le réseau évolue lentement. Des services spécialisés qui font défaut dans certaines régions, voire même dans le canton - comme le centre de thérapie et de réhabilitation pour femmes Hirschen - sont seulement mis en place dans les années 1970. En fait, jusque dans les années 1970, aussi bien l'Etat - cantonal et

communal - reste subsidiaire et passif. Mais, à partir de cette époque, confronté à une demande de services toujours plus qualifiés, à une volonté politique de rationaliser l'allocation des subventions et à une nécessité de formulation d'un programme global de prévention de la santé, les autorités cantonales et communales changent leur attitude passive. Dès lors, elles interviennent dans la gestion des cliniques thérapeutiques en les rattachant au système hospitalier cantonal; elles créent des services de prévention étatiques; elles financent toujours moins des organisations en tant que telles, mais des projets spécifiques. En d'autres termes, l'Etat prend le rôle d'organisateur du secteur en englobant les acteurs privés dans ses stratégies.

Ce changement du rôle de l'Etat à l'intérieur du secteur - du rôle de bailleur de fonds au rôle d'organisateur et d'incitateur - a pour conséquence une perte d'éléments d'autogestion privée dans le secteur. Les organisations privées doivent tenir compte des acteurs étatiques et, pour rester des acteurs importants, se transforment en agences, dans un certain sens, para-étatiques. C'est le cas du Pestalozzianum qui élabore des programmes de prévention pour les écoles et, de manière encore plus flagrante, celui du service pour les problèmes liés à l'abus d'alcool de la ville de Zurich qui demande, en 1991, de devenir une unité de l'administration de la ville. Suite à cette transformation des activités publiques dans le domaine de l'alcoolisme, le welfare mix reste néanmoins basé sur les acteurs privés, tout en étant de plus en plus déterminé par l'Etat, sans que celui-ci produise ni services directs importants, ni activités de coordination et d'amélioration des services délivrés par les acteurs privés.

Le cas de Zurich souligne ainsi, comme on a pu le constater dans d'autres cantons, que l'initiative de l'Etat peut permettre de généraliser, rationaliser et projeter l'intervention dans un champ. Mais pour avoir cet effet, l'initiative étatique doit être intégrée dans une logique programmatique, ce qui n'est pas le cas dans pour le canton de Zurich. L'administration cantonale laisse en effet un vide dans la programmation, sans d'ailleurs permettre aux acteurs privés, trop dépendants de l'Etat, de remplir ce vide.

## **21. La maîtrise des problèmes liés à l'alcool en Suisse: synthèse**

Comparé aux autres secteurs du système social suisse (de même qu'aux systèmes sociaux que l'on trouve à l'étranger), le secteur de la maîtrise des problèmes liés à l'abus d'alcool possède une particularité qui garantit son développement. Plus précisément, l'existence depuis 1885 de la dîme de l'alcool, prélevée sur le bénéfice de la Régie fédérale des alcools et destinée à la lutte contre les problèmes liés à l'alcool dans leurs causes et leurs

effets (et depuis peu, à combattre les dépendances en général), constitue une situation unique. La réalisation de cette disposition légale et, ensuite, l'évolution de la part du bénéfice de la Régie fédérale des alcools attribuée à la dîme ainsi que de son montant - suivant la conjoncture, les habitudes de boire et les changements de la Loi sur l'alcool - ont influencé de façon inéluctable l'évolution du secteur de l'alcoolisme, en jouant notamment le rôle d'accélérateur de sa mise en place. Cependant, comme la distribution de la dîme relève de la compétence des cantons, elle n'a pas eu pour effet d'homogénéiser les réalités cantonales. Ceci explique les différences possibles (et rencontrées) entre les cantons. Ainsi, avant de tracer les lignes générales de l'évolution du secteur de l'alcoolisme en Suisse, nous aimerions insister sur les réalités et différences que nous avons pu déceler entre les divers cantons analysés et au niveau national en considérant plus particulièrement la dimension de la division du travail entre les acteurs publics et privés.

- *Le réseau national* est formé de divers acteurs qui, pour les privés, offrent en premier lieu des services de référence (informations, coordination des activités, soutien logistique, etc.) et, en deuxième lieu des services de lobbying. Parmi ceux-ci, on trouve aussi bien des organisations liées au mouvement d'abstinence dont l'histoire remonte souvent à plus de cent ans que des organisations avec un concept médico-social de l'alcoolisme. Quant à la Confédération, elle s'est longtemps cantonnée dans un rôle de "précepteur" (par le biais de la Régie fédérale des alcools), laissant la lutte contre l'alcoolisme aux organisations privées et aux cantons (subventionnés en partie par la dîme de l'alcool). Depuis peu, suite à l'importance prise par la prévention de la santé dans une branche de l'administration publique (à savoir l'OFSP), les efforts pour réduire les risques liés à l'abus d'alcool se sont intensifiés et ont englobé la problématique de l'alcoolisme dans le domaine des dépendances.
- Le principe de subsidiarité a marqué l'évolution du *réseau bernois*. Jusque dans les années soixante, l'Etat a limité son intervention à des soins hospitaliers et cliniques, laissant les organisations privées (liées au mouvement d'abstinence) organiser le réseau. Avec l'entrée du concept médical de l'alcoolisme, l'Etat (cantonal et communal) augmente sa participation financière dans le champ de l'alcoolisme en subventionnant largement les services sociaux. Ainsi, petit à petit, les organisations abstinentes perdent de leur importance dans le réseau au détriment d'organisations professionnalisées et, depuis peu - suite notamment aux incitations de l'Etat cherchant à englober la problématique de l'alcoolisme dans une problématique plus large - se voient concurrencer par des organisations s'insérant dans la problématique plus large de la prévention de la santé (ce qui a pour conséquence soit une adaptation de leur part, soit un déclin).
- *Dans le canton de Genève*, le secteur alcool était, jusqu'à la fin des années 1970 et tout comme dans le canton de Berne, dominé par des acteurs privés, avec pour

conséquence qu'aucune structure de soins résidentiels spécifiquement destinée aux personnes alcooliques n'existait (les acteurs privés assuraient seulement des soins ambulatoires). Suite à la complexification des problèmes liés à l'alcool (notamment à cause de la médicalisation du concept), un acteur "neutre" a été repris par l'Etat. Mais c'est seulement à partir des années 1980 que l'Etat a complété le dispositif d'alcoologie en créant de nouvelles structures et en renforçant (par un accroissement des subventions) les activités de prévention assumées par les acteurs privés. De plus, l'Etat a confié la coordination à l'intérieur du réseau à un acteur privé (la FEGPA).

- Etant donné la tradition catholique du *canton de Lucerne*, le mouvement abstinent - inspiré du protestantisme - est absent du champ de la lutte contre l'alcoolisme. De ce fait, les acteurs privés (qui dans les autres cantons sont essentiellement issus du mouvement abstinent) se sont peu développés et le réseau antialcoolique est quasi inexistant jusqu'au milieu de notre siècle. C'est l'intervention de l'Etat dans les années cinquante qui créera un réseau formé principalement d'organisations polyvalentes. Après avoir, dans un premier temps, dirigé le développement du réseau, l'Etat s'est limité, dans un deuxième temps, à distribuer les subventions et à contrôler leur utilisation en laissant les professionnels formuler les contenus du champ.
- *Le réseau vaudois* est marqué par le rôle actif de l'Etat. Jusque dans les années quatre-vingts, l'Etat intervient fortement dans la prise en charge des personnes alcooliques (comme en témoigne d'ailleurs la création d'un Office cantonal de surveillance antialcoolique en 1949) en inscrivant toutefois son action dans la logique du principe de subsidiarité: jusqu'à la médicalisation de la problématique alcool, l'Etat intervient lorsque les organisations abstinentes échouent dans la prise en charge des alcooliques, puis, il subventionne largement des structures résidentielles privées). Dès le milieu des années quatre-vingts, l'Etat transforme son type d'intervention et organise le réseau de lutte contre l'alcoolisme en créant et incitant à la création d'organisations privées et en introduisant une gestion par objectifs qui exclut du réseau toute une série d'acteurs ne correspondant pas aux critères établis par l'administration (notamment les sociétés d'abstinents).
- *Le réseau zurichois* a été formé par des acteurs privés qui, à partir des années soixante-dix (parallèlement à la médicalisation et à la professionnalisation de la problématique alcool), dépendent de plus en plus des financements publics et, en conséquence, des standards de fonctionnement établis par l'acteur étatique. Plus exactement, alors que jusque dans les années soixante-dix les acteurs privés s'auto-organisaient, l'Etat a progressivement repris ce rôle d'organisation du secteur sans pour autant développer une vision programmatique sur les problèmes liés à l'alcoolisme.

Dans toutes les réalités analysées, les organisations privées ont un rôle important alors que l'Etat n'est devenu un acteur décisif qu'au cours des dernières vingt années. Nous pensons que ceci est dû à la prédominance d'une politique de subsidiarité, ce qui a permis aux organisations privées de se constituer et de se stabiliser. C'est seulement suite à une restructuration interne du secteur alcool concernant son professionnalisme - débouchant

sur une augmentation des besoins financiers et sur une diminution des subventions publiques à l'égard des sociétés abstinentes - que l'Etat développe des activités dans le domaine. Cette situation aura pour conséquence une révision du rôle de l'Etat et une politique plus incisive. L'historique du secteur alcool est, en d'autres termes, un bon exemple pour illustrer les changements dans la relation entre Etat et société et les instruments qui gouvernent cette relation.

### **La formation du secteur alcool**

Le secteur alcool s'est formé entre la fin du dix-neuvième et le début du vingtième siècle. Le mouvement abstinent est à l'origine de cet établissement précoce. Grâce à des coalitions transversales avec toutes les forces politiques de l'époque (en premier lieu les libéraux, mais aussi les partis ouvriers), le mouvement abstinent réussit en effet à faire approuver en 1885 l'article constitutionnel sur l'alcool, concrétisé peu après par la Loi sur l'alcool (qui a eu des effets immédiats; voir Odermatt 1971: 154ss). La dîme prévue par la loi et destinée à des activités de lutte contre l'alcoolisme a permis au mouvement de se réorganiser en un secteur dans lequel les aspects de service - subventionnés par la loi - gagnent en importance par rapport aux aspects de mouvement. La distribution de la dîme a été (et est toujours) un élément important de stabilisation qui produit des *relations coopératives et conflictuelles* entre acteurs publics et privés. C'est cette transformation du mouvement en un secteur du système de santé suisse qui a permis de garantir l'existence des pionniers de la lutte contre l'alcoolisme. Mais cette transformation a aussi été la cause d'une stagnation du nombre des membres actifs au sein du mouvement (stagnation qui a vite évolué en une chute des adhésions). Cette perte de la base signifie pour certains acteurs un déclin de leurs activités et, à plus ou moins long terme, leur disparition. Les acteurs pionniers qui, par contre, se sont professionnalisés ont réussi à se stabiliser et à survivre. Leur destin n'est en effet pas lié à l'existence ou non d'une base de soutien, mais aux subventions étatiques qu'ils reçoivent tant que leurs prestations et services sont jugés utiles.

Pendant cette période de mise en place, le secteur donne l'impression d'être divisé au moins en trois tendances - les "neutres", les "religieux" et, plus marginalement, les "socialistes". Cependant, le secteur de l'alcoolisme n'est secoué par aucun conflit important. La tendance est plutôt celle d'une cartellisation afin d'augmenter le poids des organisations abstinentes, indépendamment de leur orientation. C'est la période - surtout entre les années 1910 et 1930 - où de nombreuses organisations faitières se forment (du

niveau communal au niveau national). Ces organisations faïtières servent souvent d'acteur de références pour la mise en place de nouvelles organisations (en premier lieu les dispensaires antialcooliques et les “agences“ de la Croix-Bleue) et leur travail permet de généraliser et de systématiser les activités de prévention et d'accompagnement.

Une partie de ces organisations faïtières ont non seulement gagné en légitimité parmi les acteurs privés, mais aussi envers les acteurs publics et ce sont souvent elles qui redistribuent la dîme de l'alcool parmi leurs membres, les acteurs publics se limitant à un contrôle plutôt lâche de l'utilisation de la dîme et laissant le secteur s'auto-discipliner. En d'autres termes, l'Etat est, pendant cette période de mise en place du secteur alcool, uniquement présent de façon subsidiaire, à côté bien sûr de son intervention dans le cadre des grands hôpitaux. Ce sont les organisations privées qui délivrent des services publics et organisent le secteur de manière quasiment autodéterminée à travers des acteurs de référence privés.

### **Les transformation interne**

A partir des années cinquante, le secteur alcool connaît d'importantes transformations liées aux effets de l'accélération de la modernisation caractéristique de l'après-guerre. Deux facteurs principaux de transformation peuvent être cités:

#### *1. L'augmentation du savoir médical et social sur les problèmes liés à l'abus d'alcool.*

Le secteur alcool est confronté à des innovations médicales (l'Antabus par exemple) concernant le traitement des personnes alcooliques qui nécessitent des connaissances professionnelles toujours plus différenciées et spécialisées. La clinique Forel d'Ellikon, par exemple, était dirigée, jusque dans les années soixante-dix, par un couple de *Hauseltern* (“parents de la maison“) afin de souligner l'intégration des personnes soignées dans une famille virtuelle pendant tout le temps de la thérapie; à partir de 1975, ce type de direction de la maison s'est vu substitué par un management professionnel de la clinique. A l'exemple de la clinique d'Ellikon, une grande partie des organisations actives dans le domaine de l'alcoolisme verront leurs employés sans formation être remplacés par des spécialistes toujours moins liés à la philosophie (ou aux idéaux) à l'origine de la lutte contre l'alcoolisme, à savoir l'abstinence et la morale religieuse.

#### *2. Le changement de la perception de l'alcool et la diffusion du problème dans toutes les classes sociales.*

Les personnes ayant des problèmes liés à l'abus d'alcool ne se trouvent plus, à partir de l'après-guerre, seulement dans les couches les plus pauvres, mais dans toutes les couches sociales. Cette nouvelle clientèle a toujours plus de problèmes à

s'en remettre aux organisations traditionnelles qui, pour leur part, ne sont pas prêtes à recevoir une clientèle extrêmement différenciée demandant des services plus adéquats. C'est sur ce nouveau terrain que s'établiront les Alcooliques Anonymes à partir des années soixante. Les groupes AA ont en effet une offre de services à seuil bas d'accessibilité et mettent la personne touchée par l'alcool au centre de leur agir.

Ces transformations sont accompagnées par un changement d'attitude des personnes offrant des services: pendant cette période, on assiste à l'arrivée d'une nouvelle génération d'assistants sociaux, de médecins et de psychologues qui sont à l'origine d'une réorganisation du secteur selon des critères opposés à ceux en vigueur pendant la période de formation, d'où conflits sur le paradigme d'intervention. Les perdants de ce conflit sont les organisations abstinentes traditionnelles qui, à l'exception de la Croix-Bleue, voient leur poids dans le secteur diminuer. Celles-ci sont en effet confrontées à une diminution de leurs subventions et à la perte de l'appui populaire qui leur restait encore. Cette "défaite" des organisations traditionnelles d'abstinence n'a quand même pas pour résultat l'abandon complet de la philosophie de l'abstinence; c'est plutôt une coexistence d'idées aptes à répondre à la demande plus différenciée qui s'installe au sein du secteur. Mais cette pluralisation a pour désavantage un manque de collaboration entre les différents acteurs. En effet, les réseaux analysés sont souvent organisés en différents sous-réseaux qui sont faiblement liés entre eux. Les sous-réseaux que nous retrouvons le plus souvent (mais qui ne se trouvent pas dans toutes les réalités cantonales) sont:

- les services ambulatoires privés: ils s'organisent généralement au niveau régional dans des réseaux de collaborations intégrant les différentes organisations et institutions touchées par les problèmes liés à l'abus d'alcool; ils garantissent, en d'autres termes, le fonctionnement des chaînes de prise en charge. La collaboration entre les différents services ambulatoires est normalement institutionnalisée, mais elle reste quand-même faible.
- Les organisations liées à la Croix-Bleue: elles forment souvent un réseau de référence plutôt fermé où la prise en charge est garantie par les unités de consultation de la Croix-Bleue, lesquelles s'adressent, pour compléter la chaîne de thérapie, à des organisations jugées apparentées; la professionnalisation, les activités politiques, mais surtout l'appui de l'Eglise protestante à la Croix-Bleue empêchent l'isolement et expliquent le destin différent de cette organisation par rapport aux autres organisations abstinentes.
- Les organisations abstinentes non professionnalisées: leur réseau est faible et peu performant; leur dernier grand effort a eu lieu lors du lancement et du soutien de la campagne pour l'initiative contre la publicité pour les produits engendrant la dépendance votée en 1979 - un effort qui n'a pas trouvé de correspondance dans le cadre des initiatives jumelles plus récentes. Ces organisations sont porteuses d'un

message moralisateur mobilisant de moins en moins. En conséquence, une grande partie de ces organisations se ferment par rapport à leur environnement qu'elles ne réussissent plus à intégrer - et forment ainsi une espèce de "milieu des abstinents".

- Les Alcooliques Anonymes constituent un réseau spécifique. Il n'ont pas de services de référence en dehors de leurs groupes de base. Mais ils sont quand même intégrés dans différents réseaux de façon unilatérale. En effet, les différentes structures de prise en charge les considèrent souvent comme faisant partie de la chaîne de traitement (et envoient donc une partie de leur clientèle dans les groupes AA) sans que les Alcooliques Anonymes ne se réfèrent à eux.
- Les structures résidentielles spécialisées, étatiques et privées: ces structures hautement spécialisées et professionnalisées ont formé différents réseaux dans lesquels les échanges se réalisent autour d'une information technique, de formations communes, de patients et de coordination régionale.

Les changements internes dans le champ de l'alcoolisme ont aussi eu des conséquences pour les autorités publiques. Celles-ci, en finançant les acteurs privés, financent la restructuration interne du secteur. Or la participation financière croissante de l'Etat doit être sanctionnée par les différents parlements communaux et cantonaux qui demandent, et c'est la règle, un contrôle plus strict de l'utilisation des ressources. En d'autres termes, il semble que l'Etat devienne, à partir des années 1950, un acteur plus important dans le domaine alcool, et cela malgré lui. Il doit comprendre le domaine de l'alcoolisme (auquel il ne portait qu'un intérêt relatif) et doit définir des standards de fonctionnement pour légitimer les subventions. En général, les standards formulés tiennent compte de l'état des connaissances scientifiques ainsi que de la demande présumée. Ce sont ces deux éléments qui renforcent la position des acteurs innovateurs dans le domaine alcool et augmentent la pression vers une modernisation du secteur. En fait, les autorités publiques commencent, pendant cette période, à intégrer le problème alcool dans leurs politiques. En conséquence, les acteurs du secteur - qui pendant longtemps se sont autogérés - se voient désormais obligés de se confronter plus intensivement avec les politiques publiques.

### **L'inclusion du secteur**

Cette tendance voyant les acteurs publics intervenir s'est accentuée ces dernières années, notamment à cause des problèmes financiers que l'Etat connaît aujourd'hui et qui ont débouché, aux différents niveaux fédéraux, cantonaux et communaux sur des *efforts d'épargne*. L'utilisation des ressources publiques est, de nos jours, souvent remise en cause. A titre d'exemple, on peut citer le cas de la commune de Köniz qui a décidé, après

un calcul coûts-bénéfices, d'intégrer le dispensaire antialcoolique privé au sein de l'administration communale en changeant non seulement son statut, mais aussi ses programmes (le dispensaire a été transformé en une unité polyvalente). Mais ces efforts d'épargne ont aussi d'autres conséquences: souvent, comme à Berne, on procède à des coupures linéaires, avec pour conséquence de créer des problèmes budgétaires pour les organisations subventionnées, ce qui les contraint à redéfinir leurs buts et à sacrifier certains de leurs objectifs ou encore à rationaliser leur fonctionnement et à rechercher des partenariats.

C'est ce dernier type de mesures qui a eu, dans les années 1980, les effets les plus importants pour le secteur alcool. En effet, à partir des années 1980, les acteurs étatiques font souvent rentrer la problématique de l'alcoolisme dans des programmes plus généraux de prévention de santé. Cette intégration a même eu lieu au niveau de la Confédération où le champ d'application de la dîme de l'alcool a été redéfini en 1986 et s'est vu s'élargir et englober, en plus de la lutte contre l'alcoolisme, la lutte contre l'abus de médicaments, de stupéfiants et d'autres drogues engendrant la dépendance. Les effets de ces transformations vers une intégration de l'alcoolisme dans la problématique de la dépendance ont été immédiats:

- la concurrence pour obtenir des subventions publiques entre le secteur alcool et d'autres secteurs qui jusqu'à maintenant étaient détachés de la problématique de l'alcool augmente; le secteur alcool connaît des difficultés pour défendre ses propres intérêts en raison de sa faiblesse ( il est en effet constitué de beaucoup de sous-réseaux relativement isolés entre eux et a perdu, suite à la restructuration, le "cartel" des organisations abstinentes qui était alors un acteur doté d'un grand pouvoir);
- le budget des organisations dépendantes de la dîme stagne ou diminue, ce qui pour certaines se traduit par leur déclin;
- les organisations spécialisées se transforment en organisations polyvalentes et développent des programmes plus différenciés intégrant souvent les autres dépendances comme un alibi afin de pouvoir continuer à bénéficier de la dîme.

La crise financière a pour conséquence une plus grande attention des acteurs subventionnés à l'égard des politiques étatiques et - c'est le revers de la médaille - une allocation des ressources publiques selon des choix politiques plus précis. Alors que dans les années soixante-dix, suite à l'augmentation du savoir sur l'alcoolisme, le critère déterminant l'octroi de subventions était un travail basé sur un savoir scientifique (indépendamment de toute politique alcool), le critère qui définit l'acceptabilité d'une

demande de subvention son adéquation à la politique mise en place par l'Etat, à savoir sa capacité à s'intégrer dans la politique plus large des dépendance et de la prévention de la santé publique.

Cette intégration du secteur alcool dans une problématique plus générale est le plus grand défi auquel aient été confrontées les organisations et les institutions actives dans le champ de l'alcoolisme. Mais tous les gouvernements cantonaux n'ont pas réussi à gérer de façon compréhensive cette transformation. Le problème le plus grand qui se pose aujourd'hui est celui de la mise en place d'un réseau fonctionnel dans lequel tous les aspects du champ soient représentés et soient plus ou moins liés et coordonnés. Ainsi, trouver un centre de coordination (qu'il soit nouvellement créé ou issu d'une organisations existante) est primordial pour la réussite de cette transformation car c'est la seule façon d'assurer une supervision des changements en intervenant et en influençant la nouvelle disposition des acteurs. Les autorités du canton de Zurich, et dans une moindre mesure celles de Berne, ne sont intervenues que très marginalement dans cette transformation - en se limitant à changer la politique de subventionnement -, alors que les autres cantons analysés ont été plus conscients et actifs: à Genève, on a renforcé la Fédération genevoise de prévention pour l'alcoolisme (une organisation privée qui, nous l'avons vu, a été mandatée pour accomplir la tâche de coordination du réseau genevois); dans le Canton de Vaud, le Service de santé publique, notamment au travers de l'Office cantonal antialcoolique oriente la transformation du secteur; à Lucerne, différentes structures spécialisées de coordination sont mises en place (Intersitzung; Groupe de prophylaxie) pour coordonner les programmes de prévention de la santé. A Berne aussi, on observe cette tendance, quoique plus faiblement: c'est le gouvernement qui incite le secteur à se transformer en procédant au regroupement des commissions alcool et drogue et, de manière plus active, en sollicitant des restructurations.

## **Conclusion**

Le tableau 21.1 reprend l'évolution du réseau alcool telle qu'elle a été décrite ici et systématise les solutions telles qu'elles ont été développées dans les différentes réalités territoriales lors de la constitution du réseau, de sa stabilisation suite à l'introduction de la dîme de l'alcool, des transformations internes subies dans les années de croissance économique et, enfin, ces dernières années.

**Tableau 21.1:** *systématisation des solutions adoptées dans les différentes réalités territoriales*

Alors que la première partie de l'histoire du secteur était caractérisée par le “modèle libéral de transfert des fonctions“, on doit aujourd'hui parler d'un modèle d'Etat incitateur où - après une restructuration autodéterminé du secteur - l'Etat est obligé, pour des motifs d'abord traditionnels de garantie financière de fonctionnement, d'intervenir toujours plus comme organisateur du changement. Si la constellation politique du siècle dernier et la Loi sur l'alcool (prévoyant la dîme) qui en est sortie constituaient des opportunités politiques importantes pour la mise en place et l'évolution du secteur alcool, ce sont aussi les transformations de ces opportunités qui ont déclenché le changement: en premier lieu, la perte des partenaires politiques traditionnels qui se mobilisaient dans le domaine et, en deuxième lieu, la diminution de support financier (crise des finances, mais aussi redéfinition et diminution de la dîme).

On peut prévoir, pour le futur, une évolution qui verra la création de nouveaux acteurs de références s'occupant de programmes globaux pour la prévention de la santé et qui géreront, à l'intérieur de ce réseau, un sous réseau lié à l'alcoolisme, dans lequel survivront, d'une part, les organisations hautement spécialisée comme les cliniques de réhabilitation et, d'autre part, les services à seuil bas tels que les groupes d'entraide et de *Selbsterfahrung* (les Alcooliques Anonymes par exemple). Les autres acteurs - et c'est une de tendances que nous avons rencontrée - seront certainement obligés de se transformer en acteurs polyvalents pour survivre et prendre, de cette façon, une nouvelle place dans le réseau plus large de la prévention de la santé.

## **V.L'Etat incitateur: une comparaison de deux domaines sociaux**

Jusqu'ici, nous avons adopté une vision empirique des réseaux liés à la lutte contre le vih/sida et contre l'alcoolisme. Dans cette dernière partie, nous nous proposons d'employer une perspective analytique en distinguant différentes phases caractérisant l'évolution du modèle suisse du bien-être. En premier lieu, nous discernons ces phases à partir des relations qui prédominent entre l'Etat (ou plutôt ses expressions institutionnelles) et la société civile (et ses expressions organisationnelles). Plus spécifiquement, nous nous pencherons sur les instruments de régulation étatique

commandant ces relations et sur les modes de légitimation des politiques publiques issues de ces relations (22). Ensuite, nous approfondirons notre analyse en observant, dans une perspective synchronique, la relation entre l'Etat et la société civile pendant les années quatre-vingts et insisterons sur les effets de cette relation pour l'organisation du réseau, pour les stratégies des acteurs privés et pour l'Etat (23).

## **22. Les transformations de la relation entre l'Etat et la société civile**

L'histoire des deux champs analysés témoigne d'une transformation de la relation qu'entretient l'Etat avec la société civile. Plus précisément, d'un Etat libéral dont le principe de subsidiarité constitue le principal outil d'intervention dans le domaine social, on observe que l'Etat suisse se transforme en un *Etat incitateur organisant l'auto-organisation de la société*, en passant par une brève période d'Etat providence caractérisée par la mise en place et l'accroissement des infrastructures publiques.

### **L'Etat libéral**

Jusque dans les années cinquante - et on le voit dans le domaine de l'alcoolisme - l'Etat laisse la société civile s'auto-organiser en accord avec le principe de subsidiarité. C'est donc à elle - au travers de ses expressions organisationnelles - de produire et d'organiser la solidarité de manière autonome. L'Etat n'a qu'une fonction supplétive consistant notamment à financer l'auto-organisation d'un secteur autonome ou à intervenir lorsque la société civile le réclame (le plus souvent par le biais des associations et cartels). Cet Etat, communément dénommé libéral, prévoit donc des espaces pour une intervention étatique, laquelle se trouve légitimée par l'échec de la société à assurer la solidarité. On a par exemple observé, au tournant du dix-neuvième et du vingtième siècle, que l'Etat a développé, devant l'incapacité de la société à traiter les personnes malades, toute une série d'hôpitaux et de cliniques. En d'autres termes, l'intervention étatique se trouve légitimée seulement lorsque les "besoins" de la société ne sont plus satisfaits par l'auto-organisation, ce que Hotz (1979: 36-42) décrit comme le "modèle libéral de transfert des fonctions".

Pendant cette période, les réseaux s'étant formés autour des problèmes sociaux sont donc largement dominés par des acteurs privés. Que ce soit lors de la *constitution des réseaux* ou de leur *stabilisation*, ceux-ci jouent un rôle décisif. Dans le cas de

l'alcoolisme, le réseau s'est en effet formé autour d'organisations privées (formant le mouvement d'abstinence) faisant pression sur l'acteur étatique afin que celui-ci prenne des mesures rendant plus difficiles la production et la vente de spiritueux. Plus exactement, à la fin du dix-neuvième siècle, face aux problèmes de paupérisation que connaît la Suisse, l'Etat reste passif et les expressions organisationnelles de la société prennent un rôle actif dans l'énoncé de politiques publiques et, de ce fait, dans l'organisation politique de la société - ce qui témoigne d'un système politique différencié. La législation sur l'alcool mise en place en 1885 atteste de cette imbrication entre les forces de la société et le système politique. La Loi sur l'alcool est en effet le fruit d'une série de pressions articulées par des organisations abstinentes issues de milieux divers et cherchant une position sociale et politique dominante. Plus exactement, la participation à la lutte contre l'alcoolisme et l'élaboration de politiques publiques confèrent à ces acteurs (et aux idées qu'ils représentent) une place dominante dans le système politique suisse. Entre 1830 et 1850, nous l'avons vu, la bourgeoisie protestante s'était souciée des problèmes liés à l'abus d'alcool (et plus généralement liés à la paupérisation) pour imposer son idéal d'égalité et de liberté fondé sur la doctrine libérale. Puis, dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, alors que la victoire de la bourgeoisie libérale est consacrée, l'émergence sur la scène sociale suisse de la classe moyenne et de la classe ouvrière débouche sur des stratégies comparables. La nouvelle classe moyenne, en se basant sur l'ascétisme protestant, tente de s'élever au rang de la bourgeoisie libérale et le mouvement ouvrier intègre la lutte contre l'alcoolisme dans un discours émancipateur.

Cette prédominance des acteurs privés pour répondre aux problèmes liés à l'alcool se retrouve lorsque le réseau se stabilise. L'instauration de la dîme de l'alcool grâce à la législation de 1885 garantit en effet l'existence des organisations pionnières et, malgré les compétences que le nouvel article constitutionnel et la nouvelle loi donnent à la Confédération, l'Etat reste fidèle au principe de subsidiarité et laisse les organisations abstinentes s'auto-organiser. Cependant, alors que dans la période de formation du réseau ces organisations avaient un rôle politique, celles-ci, suite à la stabilité que leur confère la dîme, s'institutionnalisent et perdent leur orientation politique pour se tourner vers la production de services. La Croix-Bleue, par exemple, met sur pied différentes unités de consultation pour les personnes alcooliques. Par ailleurs, l'Etat n'est pas totalement absent de la lutte antialcoolique. A la fin du dix-neuvième siècle, en effet, l'Etat met en place toute une série d'hôpitaux (notamment psychiatriques) qui internent les alcooliques jugés dangereux pour et par la société.

## **L'Etat providence**

A partir des années soixante, le principe de subsidiarité perd de son importance et l'Etat intervient de plus en plus dans l'organisation et la production de la solidarité. De manière générale, les effets négatifs de la croissance économique sont compensés par un accroissement des dépenses publiques dans une politique du coup par coup. Alors que, dans le cadre de l'Etat libéral, l'action étatique était initiée par l'échec de l'auto-organisation de la société civile - et légitimée par ce même échec - l'“étatisme“ que l'on observe à partir des années soixante correspond le plus souvent à une décision politique prise dans un système politique émancipé de la société ou, en reprenant le langage de la théorie des systèmes, relativement autonome. Ainsi, les processus de légitimation dans le cadre de l'Etat providence se basent de moins en moins sur l'échec de l'auto-organisation de la société civile, mais de plus en plus sur les institutions spécialisées telles que les parlements et la démocratie directe. Mais quels sont les éléments qui sont à l'origine de cette autonomisation de l'acteur étatique?

Dans le champ de l'alcoolisme, l'augmentation du savoir médical et psycho-social sur les problèmes liés à l'alcool a pour conséquence une professionnalisation et une médicalisation du secteur. D'autre part, la perception de l'alcoolisme change en raison de la diffusion du problème dans toutes les couches sociales et de nouvelles organisations garantissant l'anonymat et offrant des services à seuil bas telles que les Alcooliques Anonymes se forment (Spinatsch 1987: 30ss). Suite à ces transformations (accompagnées par le développement d'une nouvelle génération d'assistants sociaux, de psychologues et de médecins), une réorganisation du secteur est donc entreprise dans laquelle les organisations abstinentes voient leur poids diminuer. Celles-ci perdent en effet le soutien de l'acteur étatique, au détriment de nouvelles organisations professionnalisées et/ou aptes à faire face à une demande différenciée. Seule la Croix-Bleue, nous l'avons vu, a réussi à s'adapter à ces transformations et à aborder le virage de la professionnalisation grâce, notamment, au soutien de l'Eglise. Cependant, cette réorganisation se fait sans concertation: toutes ces organisations se développent et se stabilisent au sein de sous-réseaux peu intégrés entre eux.

Dans cette situation, une régulation des problèmes sociaux basée sur le principe de subsidiarité ne peut plus suffire. Les demandes de subventions ne cessent d'augmenter et dépassent les montants mis à disposition par la dîme de l'alcool et, de plus en plus, les parlements sont sollicités pour débloquer des financements destinés à des organisations

privées ou à des services publics qui intègrent la problématique de l'alcoolisme dans leurs programmes. Ainsi, la médicalisation et la diffusion des problèmes liés à l'alcool voient l'acteur étatique intervenir de plus en plus directement dans la lutte contre l'alcoolisme et débouche sur ce qu'on pourrait appeler une "para-étatisation" du secteur. Cette tendance atteint son paroxysme dans le canton de Lucerne où le service médico-social - dont le statut est privé - est non seulement subventionné à cent pour cent mais est encore réglementé par une loi cantonale.

Le rôle de l'Etat dans la maîtrise de l'alcoolisme devient donc important et c'est lui qui, de plus en plus, produit et organise la solidarité. Quant aux agents intermédiaires, ils perdent de leur autonomie et deviennent, au mieux, complémentaires à l'Etat. En reprenant les termes développés dans le chapitre présentant les concepts théoriques de notre recherche - et empruntés à Evers (1990a) -, on assiste de leur part à un mouvement vers l'"assimilation" à la logique de l'Etat ou vers l'"exclusion" des réseaux. Plus précisément, les organisations de la première heure, pour ne pas être exclues des réseaux, sacrifient leurs spécificités et s'alignent sur les modèles de prévention et de prise en charge établis par l'Etat. C'est ainsi que l'Armée du Salut ou des organisations liées à la Croix-Bleue ont professionnalisé leurs services et relégué la religion à des discussions internes entre les membres pour pouvoir s'assurer du soutien de l'Etat. Par contre, des organisations qui n'ont pas su - ou pas voulu - assimiler leur logique de fonctionnement à celle de l'Etat se sont vues exclues des réseaux comme c'est le cas de nombreuses ligues antialcooliques. Leur existence a bien sûr été garantie par la dîme, mais elles sont restées à l'écart des politiques mises en place et n'ont occupé, de ce fait, qu'une place marginale dans les réseaux. Quant aux organisations nouvellement créées, elles ont, dès le départ, été assimilées à l'Etat. Dans les régions ou districts des cantons de Berne et Zurich, des services médico-sociaux traitant de l'alcoolisme (parfois de manière spécialisée et parfois de manière polyvalente) ont par exemple été soutenus par des Fédérations de commune. Alors que leur statut est privé, ces services sont souvent assimilés à des structures publiques aussi bien de la part de leur clientèle que de leurs collaborateurs. Seuls les Alcooliques Anonymes ont refusé délibérément toute assimilation et ont ainsi été exclus des réseaux de collaboration analysés. Cependant, leur capacité à faire face à une demande différenciée grâce à l'anonymat leur a permis de garder une place importante dans le système de traitement, en dépit de leur exclusion des réseaux et des critiques qui leur sont adressées.

## **L'Etat incitateur**

L'interventionnisme croissant de l'Etat est remis en question à partir du milieu des années soixante-dix. La crise économique suscite la discussion autour des limites de l'Etat providence. Plus exactement, on réalise que l'augmentation des dépenses publiques ne favorise plus une augmentation du bien-être social (ou, dans le secteur du marché, de la performance économique). Des critiques se lèvent de toutes parts et témoignent d'une crise de confiance entre l'Etat et la société: la droite plaide pour moins d'intervention étatique sur les forces de la société alors que la gauche - de façon moins virulente - critique l'usage d'instruments étatiques uniformisant alors que la complexité sociale nécessiterait des mesures différenciées respectant les particularismes sociaux. Si les critiques de la droite concernent avant tout les relations entre l'Etat et le marché, les critiques de la gauche relèvent plus particulièrement de la relation qui nous intéresse, à savoir la relation entre l'Etat et la société civile. En effet, dans le cadre de l'Etat providence, la politique sociale est établie au sein d'un secteur public autonome qui répond aux besoins d'une société civile marquée par une complexification des rapports sociaux en augmentant de manière aveugle les dépenses publiques. Plus exactement, l'accroissement des ressources ne tient pas compte des particularismes sociaux et l'Etat agit de manière non-différenciée. A ce constat d'échec viennent s'ajouter les effets de la crise: les ressources publiques diminuent et, devant les limitations budgétaires, les intérêts en jeu - reflétant la complexité de la société - forment des coalitions conflictuelles bloquant toute intervention étatique.

Pour surmonter cette crise - qui est surtout une crise de confiance entre l'Etat et la société - l'Etat a réactivé la subsidiarité. Au niveau politique, nous l'avons vu, la subsidiarité a surtout été instrumentalisée pour justifier des politiques de déréglementation soutenues par les partis bourgeois. Mais ce qui se manifeste au niveau politique comme une volonté de déréglementation et s'inscrit dans une stratégie d'Etat minimal, se transforme, au niveau administratif, en une volonté d'incitation afin de rendre cette nouvelle stratégie socialement acceptable. Plus exactement, si les exécutifs et les parlements - et en particulier les partis bourgeois - demandent de redonner à la société l'organisation de la solidarité, l'administration garde une fonction d'organisation, tout en laissant les expressions organisationnelles de la société s'auto-organiser au sein des limites posées, au nom de la subsidiarité. Cette solution permet, d'une part, de surmonter les blocages financiers en réduisant, par exemple les frais de personnel et, d'autre part, de répondre à la complexité de la société moderne d'une façon différenciée.

Dans le cas de l'alcoolisme, cette réactivation de la subsidiarité, assortie d'une action organisatrice de la part de l'acteur étatique, a eu pour effet une réintégration des stratégies des acteurs privés dans l'élaboration de politiques publiques marquées par des efforts d'épargne. A différents niveaux, on observe que l'Etat transfère des tâches étatiques à des acteurs privés, que ce soit des tâches de coordination - comme c'est le cas à Genève où la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme constitue la plate-forme de discussion des politiques alcool - ou des tâches plus spécifiques - comme par exemple, dans le canton de Vaud, où une fondation privée (la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme) a été instituée par le Règlement sur la lutte contre l'alcoolisme pour assumer une part des tâches - le traitement ambulatoire volontaire - précédemment dévolues à l'Office cantonal antialcoolique. Cependant, aux efforts d'épargne correspond une rationalisation du secteur. Une des principales stratégies de rationalisation consiste à inclure la problématique de l'alcoolisme dans des programmes plus généraux de prévention de la santé et à distribuer les subventions selon des critères précis. Cette inclusion a même eu lieu au niveau de la Confédération où la distribution de la dîme de l'alcool a été redéfinie et a vu son champ d'application s'élargir et englober la lutte contre toute forme de dépendance. Ainsi, à partir des années quatre-vingts, on assiste à une concurrence accrue pour l'obtention des subventions entre le secteur alcool et d'autres secteurs (comme par exemple celui des toxicomanies), à une stagnation - voire même une diminution - des budgets pour la lutte contre l'alcoolisme (notamment pour les organisations dont le travail volontaire et la conception moralisante de l'alcoolisme ne correspondent plus aux critères de rationalisation du secteur) et à l'intégration de programmes liés aux dépendances par les organisations spécialisées en matière d'alcoolisme. Ainsi, la stratégie étatique visant à insérer la problématique de l'alcoolisme dans des programmes de prévention de santé a pour effet d'englober le secteur alcool dans le secteur plus large de la prévention de la santé.

C'est aussi lors de cette période de restructuration de l'Etat providence que le vih/sida est apparu sur la scène sociale suisse. Or, le vih/sida constitue un exemple éloquent d'un problème pour lequel les particularismes sociaux ne peuvent être effacés au profit de mesures uniformisantes. En effet, les personnes touchées par la maladie sont avant tout des personnes dont le comportement sexuel est réprouvé par la "communauté centrale" ou la "cité" et qui rejettent le savoir uniformisant du centre (dont le représentant principal est l'Etat; voir Douglas 1992: 102-120; Shilts 1987). Ainsi, plus encore que dans le cas de l'alcoolisme - reposant dans une certaine mesure sur une tradition interventionniste de

l'Etat depuis la fin de la deuxième guerre mondiale - l'Etat réactive la subsidiarité pour organiser la maîtrise du vih/sida. A ce titre, l'Aide suisse contre le Sida exemplifie parfaitement cette réactivation de la subsidiarité. En paraphrasant les termes d'un de ses responsables, elle constitue la "maquette" de ce qui est susceptible de se développer dans les années à venir en matière de prévention de la santé. Cependant, l'exemple de la formation et de la stabilisation du réseau sida nous montre à quel point la subsidiarité des années quatre-vingts diffère du principe de subsidiarité tel qu'il était traditionnellement utilisé dans le contexte de l'Etat libéral et que nous avons pu analyser lors de la constitution et de la première stabilisation - suite à l'introduction de la dîme - du réseau alcool.

Tout d'abord, l'agir des acteurs sida impliqués dans la formation du réseau sida est différent de celui des acteurs alcool à la fin du dix-neuvième siècle. Le type d'actions est certes comparable - travail de pression dans les deux cas - mais, dans les années quatre-vingts, le système politique et la société sont hautement différenciés. Ainsi, les expressions organisationnelles de la société n'inscrivent pas leurs pressions dans une stratégie visant à faire valoir un idéal politique (bourgeois ou ouvrier), mais elles s'efforcent de faire reconnaître leurs particularismes par l'acteur étatique, et par là même, par la société. Plus précisément, les organisations d'homosexuels et les travailleurs sociaux s'occupant des toxicomanes ou des prostituées représentent les intérêts de ces différents groupes afin que les mesures qui seront prises respectent leurs particularismes. Dans ce contexte, l'agir stratégiques des acteurs à l'origine du réseau sida vise non plus à une hégémonie sociale comme c'était le cas pour les premières organisations abstinentes, mais à une reconnaissance sociale.

Ensuite, les organisations d'homosexuels (et parfois d'autres acteurs privés tels que les associations pour toxicomanes), après avoir dans un premier temps développé de manière autonome des programmes vih/sida, se sont rapprochées de l'acteur étatique et ont été intégrées à la mise en place d'un réseau de prévention et de prise en charge. Dans ce réseau, l'acteur étatique crée et incite les conditions pour l'auto-organisation des expressions organisationnelles de la société. La formation des antennes de l'Aide Suisse contre le Sida à Genève (le Groupe Sida Genève) et dans le canton de Vaud (Point Fixe) ont par exemple été fortement influencées par l'agir étatique. Toutes deux ont été intégrées dans un programme et une stratégie étatiques.

Cette logique s'est poursuivie lors de la stabilisation du réseau sida où l'Etat a, encore plus, intégré les agents intermédiaires dans ses stratégies. Plus précisément, on a pu voir

qu'une partie de leurs activités ont été incitées par l'Etat fédéral et par les autorités cantonales. Ne serait-ce que le travail d'expert que tient l'ASS dans le cadre de la campagne Stop-sida, cette situation constitue une dynamique tout à fait nouvelle dans le cadre de la politique suisse. Et lorsque l'acteur étatique n'incite pas directement des organisations privées, celui-ci agit néanmoins de manière consciente et planificatrice. Il distribue par exemple les subventions selon des critères précis qui vont dans le sens d'une politique basée sur une diffusion de l'information respectant les particularismes sociaux. Ainsi, contrairement à la subsidiarité réglant les relations entre Etat et société dans le contexte d'un Etat libéral, la réactivation du principe de subsidiarité donne à l'Etat un rôle définitivement actif, à côté des expressions organisationnelles de la société.

Mais est-ce à dire que l'Etat des années quatre-vingts participe systématiquement à la formation d'un nouveau réseau? Cherche-t-il à diffuser la solidarité dans tous les cas? Certaines pratiques de déréglementation, notamment pour des problèmes jugés peu urgents et ne plaçant pas la société dans une situation de risque, permettent d'en douter. En fait, si l'Etat a eu dès le départ un rôle actif dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, nous pensons que c'est parce que celui-ci était considéré comme un risque important pour la société. C'est ainsi le risque qui déclenche l'action de l'Etat, les problèmes sans risque étant laissés à l'auto-organisation de la société (voir Bütschi/Cattacin 1993). Il s'agit bien de préciser ici qu'il ne s'agit pas d'un risque objectif, mais d'un risque perçu comme tel par la collectivité. Le tableau 22.1 résume, dans une perspective diachronique, les transformations décrites jusqu'ici.

*Tableau 22.1: phases d'évolution étatique en Suisse*

### **23. Les conséquences de l'Etat incitateur**

Dans les années quatre-vingts, l'Etat - en particulier l'administration publique - adopte donc de nouvelles pratiques de la subsidiarité qui ont pour objectif de surmonter la crise de l'Etat providence. *Trois tendances* peuvent être dégagées.

D'abord, la subsidiarité ne constitue plus seulement un support pour des organisations existantes, mais elle devient *réflexive*. Plus exactement, c'est l'Etat lui-même - le plus souvent l'administration - qui crée des situations nécessitant des subventions en "créant" des organisations ou en demandant à des organisations d'intégrer certains programmes dans leurs activités. Cette nouvelle pratique de la subsidiarité apparaît comme une solution prometteuse pour répondre à de nouveaux problèmes sociaux qui concernent le plus souvent des groupes marginalisés réticents à l'intervention étatique, même si elles

provoque quelques lenteurs dues à la nécessité, de la part de l'Etat, de persuader. Pour des problèmes plus anciens tels que l'alcoolisme, l'intervention étatique est souvent liée à une infraction civile ou pénale et la thérapie à une punition. Ainsi, la prise en charge du problème par des organisations privées sur une base volontaire facilite les processus thérapeutiques. L'exemple du canton de Vaud et de la création de la Fondation vaudoise pour l'alcoolisme témoigne d'un retrait des autorités publiques dans les processus de traitement afin de maximiser les chances de réussite. La pratique d'une subsidiarité réflexive permet aussi à l'Etat, dans certains domaines délicats tels que la toxicomanie, de favoriser des programmes innovateurs (qui, dans le cas du sida permettent de diminuer les risques de diffusion) difficilement réalisables par des services publics.

Deuxièmement, les organisations demandant des subventions doivent répondre à des *critères de sélection précis et sévères* (de plus en plus liés à une évaluation des organisations ou des programmes mis en place) de sorte que les organisations subventionnées soient intégrées dans une politique publique. En fait, ce ne sont plus des organisations qui sont subventionnées afin d'organiser la prise en charge d'un problème, mais des projets précis (soutenus par une organisation) dont les objectifs entrent dans une politique publique. Cette transformation est particulièrement visible dans le champ de l'alcoolisme où, lorsque la subsidiarité était appliquée selon son acception traditionnelle, l'existence des organisations était garantie par la dîme de l'alcool sans qu'elles aient à justifier de programmes précis. Depuis les années quatre-vingts, par contre, nombre d'organisations sont en voie de disparition (ou alors doivent trouver d'autres sources de financement) car leurs activités ne correspondent pas aux critères établis par l'Etat.

Troisièmement, l'usage de *subventions de départ* est élargi, notamment au niveau national, afin de réduire les dépenses. Selon cette procédure, une subvention unique est proposée aux organisations privées pour leur permettre de surmonter les difficultés caractéristiques de la mise en place d'un projet. De plus en plus, les projets sont subventionnés à la condition que l'organisation cherche d'autres possibilités de financement. Ces subventions de départ constituent soit des faibles montants, soit des contrats financiers limités dans le temps, les deux restant tout de même des formes flexibles de subventionnement.

Ces nouvelles pratiques de la subsidiarité sont le témoin d'une logique de fonctionnement étatique qui domine aujourd'hui, à côté des pratiques traditionnelles de délégation et de subsidiarité classique. Elles ont par ailleurs des effets importants sur l'ensemble du système social suisse, que ce soit au niveau de l'organisation interne de

l'Etat, des réseaux organisationnels en général et des organisations en particulier. Plus exactement, on constate une division du travail entre acteurs privés et publics basée sur une coopération conflictuelle, une adaptation des stratégies des acteurs privés qui tiennent compte des nouvelles pratiques de la subsidiarité et le rôle croissant de l'administration publique au détriment des parlements et des exécutifs.

### **Effets sur le réseau**

Les nouvelles pratiques de la subsidiarité ont une influence sur la division du travail entre acteurs privés et publics dans leur production du bien-être (ou, en d'autres termes, sur le *welfare mix* d'un champ). Plus précisément, on constate *deux effets*.

*Premièrement*, le développement d'un Etat incitateur a vu la mise en place d'une coopération entre acteurs privés et publics, alors que jusque là les acteurs privés agissaient d'abord de manière autonome et ont ensuite été "assimilés" à l'Etat. L'Etat incitateur réalise une politique ou un programme qu'il s'est fixé en associant des acteurs privés selon le principe de subsidiarité. Plus précisément, l'acteur étatique - le plus souvent l'administration publique - définit les standards et les règles de fonctionnement des réseaux (soit par l'incitation directe, soit par l'incitation indirecte passant par des critères de sélection) et laisse ensuite les acteurs privés s'auto-organiser à l'intérieur des limites définies par ces règles et standards. Dans cette situation, on peut parler d'un échange de savoir et de compétences entre acteurs privés et publics, où le travail de conceptualisation est laissé à l'acteur étatique et où le maintien des particularismes sociaux est garanti par les acteurs privés. Ainsi, même si l'Etat semble se retirer des champs analysés (délégation de la tâche de coordination, etc.), il garde un rôle primordial dans l'organisation du champ, un peu malgré lui. Cette coopération prend la forme de contrats dans lesquels subventions et légitimité étatiques sont échangés contre l'acceptation des règles et des standards et assure une certaine stabilité aux organisations privées.

Cependant, il existe une conflictualité latente dans ce modèle de coopération entre les sphères différenciées de la société - n'aboutissant pas à l'assimilation des expériences privées, mais à un "entrecroisement" entre institutions publiques et privées. Les acteurs privés impliqués dans ces contrats sont des agents représentant une base ou un intérêt particulier et ne peuvent, de la sorte, s'assimiler à la logique de l'Etat mais doivent garder une fonction de critique à l'égard de l'interventions étatique. Cette conflictualité latente atteint d'ailleurs son paroxysme dans le cas du vih/sida où les personnes avec des

comportements à risque appartiennent le plus souvent à des subcultures ou groupes (que ce soit les homosexuels, les toxicomanes ou les prostituées) méfiants à l'égard de toute manifestation étatique et revendiquant la reconnaissance de leurs spécificités. Ainsi, les acteurs privés illustrent la complexité de la société et les particularismes qui en découlent et n'acceptent pas, de ce fait, d'être normalisés par des pratiques contractuelles. L'acteur public ressent aussi cette conflictualité. Non seulement, il doit "apprendre" à travailler avec des acteurs mettant au centre de leur agir les expériences individuelles, mais il doit encore accepter une source de services alternative, montrant dans certains cas ses limites. La conflictualité (latente) entre acteurs privés et publics est donc intrinsèque à leur coopération. Pour reprendre le concept d'Evers (1990; 1990a), l'Etat incitateur donne lieu à une *coopération conflictuelle* entre acteurs privés et publics étant donné le caractère ambigu du contrat qui peut être considéré à la fois dans une perspective de soutien et dans une perspective antagoniste.

*Deuxièmement*, la coopération entre acteurs privés et acteurs publics débouche sur une intégration des organisations privées dans des politiques publiques, intégration qui se concrétise par l'acceptation et la reproduction par ces mêmes organisations privées des règles et des standards établis par l'acteur public. Ainsi, en incitant l'auto-organisation autour d'un domaine spécifique, l'Etat crée en même temps les conditions d'une autonomisation des acteurs intervenant dans ce domaine et, de la sorte, provoque une *sectorialisation* du réseau. Cette autonomisation des acteurs est la base d'une redistribution des fonctions à l'intérieur du secteur suite, notamment, à des négociations internes auxquelles l'Etat participe comme acteur important. Dans ces conditions, un acteur sera légitimé s'il reprend les règles et les standards définis par des négociations intra-sectorielles. L'acteur légitimant n'est donc plus automatiquement l'acteur assurant l'existence financière des organisations (à savoir l'Etat), mais est remplacé par toute une série d'organes (établis lors des négociations intra-sectorielles) surveillant l'application des règles et des standards du secteur. Ces organes, s'ils sont parfois les mêmes que les organes étatiques détenant le pouvoir financier, peuvent aussi être des acteurs assumant un rôle de plate-forme de discussion, comme par exemple des commissions ou des organisations privées dans lesquelles acteurs publics et privés d'un réseau se rencontrent.

### **Effets sur les agents intermédiaires**

A cause de l'inscription de la pratique d'une subsidiarité réflexive dans les stratégies de minimalisation et de déréglementation de l'Etat, les acteurs privés voient leur rôle

augmenter. On assiste en effet à un changement des opportunités politiques favorisant la prise en compte des particularismes sociaux. Contrairement aux phases précédentes où le simple fait de recevoir des subventions publiques pouvait légitimer une organisation privée, celle-ci est maintenant chargée de réaliser une politique publique. Les autorités politiques ne donnent en effet plus d'argent aux acteurs privés sans autre forme de procès, mais à la condition qu'ils fassent partie intégrante d'un réseau mis en place pour développer et réaliser une politique publique. Les stratégies de l'Etat incitateur ont donc pour conséquence une plus grande responsabilisation des acteurs privés qui, pour obtenir une légitimation, doivent s'aligner sur les critères de fonctionnement du réseau. Si la subsidiarité réflexive permet de développer des politiques publiques cohérentes, elle a pour désavantage d'écartier des réseaux toute une série d'organisations mais qui sont dotées de programmes prometteurs, en opposition avec la conception dominante de l'Etat, comme par exemple dans le canton de Vaud où, en matière de prévention du sida chez les utilisateurs de drogues par intraveineuses, les acteurs doivent s'en tenir à une politique restrictive. Les acteurs privés sont donc condamnés à intégrer les nouvelles pratiques de la subsidiarité dans leurs logiques de fonctionnement aussi bien internes qu'externes. Plusieurs *réponses organisationnelles* peuvent être observées.

a) Les organisations traditionnelles sont confrontées à une situation précaire car les activités croissantes qu'elles sont appelées à réaliser risquent de ne plus être subventionnées. En effet, elles se trouvent de plus en plus dans une position de concurrence avec de nouveaux acteurs et elles voient les ressources mises à leur disposition stagner, voire même diminuer. Cette situation limite la planification à long terme et force les organisations à développer des *stratégies conservatrices* qui consistent à travailler seulement dans des champs connus (souvent en renforçant leur spécialisation), sans tenir compte des nouveaux problèmes. A titre d'exemple, on peut citer la Société suisse d'hémophilie qui a réagi très tardivement au vih/sida, alors qu'une grande part des ses membres était touchée par la maladie.

b) La stratégie étatique consistant à subventionner de nouveaux projets avec des subventions de départ et de retirer son support lorsque le projet fonctionne a pour conséquence une *attitude passive* de la part des organisations qui craignent de manquer de moyens financiers, une fois les subventions de départ dépensées. L'exemple de l'introduction de cours destiné au personnel soignant de la Croix-Rouge confronté aux malades du sida illustre ce propos. Bien qu'une demande pour de tels cours ait été formulée à l'intérieur de l'organisation, les risques financiers d'un tel programme ont

dissuadé la direction de le promouvoir. C'est seulement lorsque le OFSP approche la Croix-Rouge et lui demande d'organiser de tels cours en échange de subventions de départ que la direction décide de développer cette nouvelle activité. Cependant, les subventions mises à disposition par la Confédération s'épuisent et devant le refus des autorités fédérales de renouveler la subvention, des accords ont dû être trouvés avec les organisations bénéficiant des cours pour en assurer la continuation.

c) Les organisations privées dépensent de plus en plus de ressources pour pouvoir être intégrées aux réseaux. Les nouvelles pratiques de la subsidiarité nécessitent en effet, de la part des acteurs privés, d'importants efforts: négociations avec l'administration, justification des demandes de subventions, élaboration de documents décelant et démontrant les besoins (et parfois même préparation d'une intervention au Grand Conseil) sont autant de nouvelles tâches auxquelles les acteurs privés doivent faire face. Si les organisations s'étant formées en réponse au vih/sida sont, de manière générale, conscientes de cette *inflation des tâches administratives* et se donnent les moyens pour pouvoir y répondre (elles n'ont en effet pas connu d'autre situation), les organisations traditionnelles - notamment celles travaillant dans le champ de l'alcoolisme - ont par contre plus de peine à s'adapter à ce qui pour elles constitue une transformation et se voient, de la sorte, être progressivement exclues des réseaux.

d) L'insécurité financière due aux nouvelles pratiques de la subsidiarité ainsi que la tendance à exclure des réseaux des acteurs n'entrant pas dans les politiques mises en place par l'administration ont pour conséquence une intensification des efforts pour récolter des *fonds privés*. D'une part, un nombre croissant d'organisations privées deviennent sceptiques à l'égard des subventions publiques et, de plus en plus, tentent de trouver d'autres sources de financement (parfois, il est vrai, encouragées par l'Etat lui-même qui prévoit de futures limitations de ressources). Certaines organisations s'imposent même des limitations quant aux financements publics afin d'éviter d'être affectées par des coupures budgétaires. Par exemple, les antennes bernoises et zurichoises de l'Aide Suisse contre le Sida acceptent que deux tiers seulement de leur budget soient public. D'autre part, certaines organisations se voient contraintes à explorer ces nouvelles sources de financement, soit qu'elles aient été exclues des réseaux, soit qu'un programme précis n'ait pas reçu un subventionnement public. L'Aide Suisse contre le Sida, par exemple, a dû trouver un financement privé pour distribuer une brochure de prévention destinée aux homosexuels et dont le ton était volontairement provocateur afin de coller aux réalités du milieu. En effet, bien que la brochure ait été élaborée en collaboration avec l'Office

fédéral de la santé publique et que des experts aient été consultés, les parlementaires ont bloqué le financement de ce document.

### **Effets sur l'Etat**

Les incidences des nouvelles pratiques de subsidiarité sur l'acteur étatique sont principalement de deux ordres. A la fois l'organisation interne de l'Etat (a) et les processus de légitimation (b) se trouvent modifiés par les efforts de réconciliation entre société civile et Etat fondés sur l'intégration des acteurs privés aux politiques publiques.

a) Des mécanismes d'incitation tels que nous les avons décrits doivent se baser sur une action continue de la part de l'acteur étatique. La politique du coup par coup de l'Etat providence, si elle était envisageable dans une phase d'abondance, s'est révélée inadaptée à la réalisation d'une politique sociale compréhensive en mettant en évidence d'importantes lacunes. Or, une action continue ne peut être garantie que par l'administration publique, les parlements et exécutifs ne remplissant que rarement les conditions pour la mise en place d'un projet global. Deux motifs accentuent cette situation en Suisse: *premièrement*, le processus de décision à l'intérieur du système politique suisse est marqué par le pragmatisme consistant à traiter les problèmes tels qu'ils émergent, sans doctrine générale. Mais, ce qui apparaît comme du pragmatisme est en fait une conséquence des institutions politiques suisses: des projets globaux peuvent facilement être attaqués par l'instrument du référendum et l'existence du droit constitutionnel pour les associations de participer au processus de décision empêche toute action continue. Dans ces conditions, le déplacement de la formulation et de la mise en place des politiques dans des lieux à l'abri de ces types de blocages internes au système politique peut se révéler comme une bonne stratégie pour éviter le "*muddling through*" et pour promouvoir des politiques compréhensives. Mais ce déplacement a aussi comme conséquence de différencier plus strictement la partie administrative de la partie politique de l'Etat. Par sa participation au processus de formulation et de mise en place de politiques publiques dans des espaces non-étatiques et décentralisés - des espaces auxquels la partie politique de l'Etat a un accès limité - l'administration acquiert en effet une plus grande autonomie d'action. *Deuxièmement*, le système de milice ne se prête pas à une intervention compréhensive: un parlementaire devant se prononcer sur une multitude de dossiers pour lesquels il n'est, le plus souvent, pas formé empêche l'élaboration de programmes à long terme dans lesquels des considérations idéologiques seraient limitées. Seule

l'administration peut, dans ces conditions, pallier aux limites du système de représentation politique suisse et appréhender les problèmes de façon globale et continue. L'absence de considérations exclusivement partisans et idéologiques, ajoutée à un professionnalisme, permettent de répondre aux conditions de l'Etat incitateur. Ainsi, la fonction de l'administration passe d'une stricte application des programmes décidés au niveau politique à un rôle de "promotion" de politiques publiques dans lequel c'est l'administration elle-même qui définit les objectifs et qui prévoit le rôle des différents partenaires. Ce nouveau rôle a des conséquences importantes sur l'image du travail dans l'administration publique: un "promoteur" doit en effet avoir une motivation et un engagement dépassant la logique traditionnelle du fonctionnaire (c'est-à-dire qui ne soit plus limitée à la stricte application de normes). Le "fonctionnaire de l'Etat incitateur" agit ainsi plutôt dans une logique entrepreneuriale de négociation et d'échange, ce qui peut néanmoins créer des ambiguïtés dans le fonctionnement hiérarchique de l'administration et risque de provoquer des problèmes - qui nous ont été cités lors des interviews que nous avons réalisés dans le champ du vih/sida - dans la sélection d'un personnel apte à travailler dans ces conditions.

b) Cette situation d'un agir stratégique étatique marqué par les expériences de l'administration et se réalisant dans l'échange politique avec des acteurs privés remet en question les centres de légitimation du politique. Le résultat de ce que nous avons appelé "coopération conflictuelle" n'est en aucun cas seulement influencé par l'agir étatique et échappe de cette manière à la légitimation préalable que nous trouvons dans le cas de l'Etat libéral et de l'Etat providence. La mise en place d'une politique publique par l'Etat incitateur est en effet issue d'une processus dialectique entre intention et action étatique intégrant des particularismes de toutes sortes. Dans ce contexte, quels sont les lieux de légitimation d'une telle politique délibérative? Ce n'est certainement pas le parlement qui prend cette fonction. Il peut, au mieux, légitimer une intention qui devrait être réalisée par l'administration. Or, les intentions exprimées par une assemblée parlementaire se concrétisent rarement. Les résultats d'une politique délibérative initiée par l'administration sont quelquefois comparables aux intentions exprimées dans les lieux traditionnels de légitimation, mais le plus souvent ils n'ont pas été prévus. Ils ont en effet été produits par une administration nécessairement autonome du fait de son engagement dans une coopération conflictuelle. De plus, pour l'administration, le parlement ne constitue pas l'unique lieu de référence pour légitimer son agir. Son intervention concerne souvent des réseaux d'organisations et d'institutions relativement autonomes qui ont leur propres lieux

de légitimation et l'administration doit donc chercher un ancrage non seulement dans la sphère des institutions publiques mais encore dans ces lieux spécifiques aux réseaux qui sont souvent décentralisés et liés selon un ordre non hiérarchique mais, dans les termes de Willke (1992: 65), hétérarchique. Plus précisément, les instances légitimantes peuvent se trouver dans des lieux étatiques tels que les parlements, dans des lieux privés tels que la direction d'une entreprise ou l'assemblée générale d'une association et dans des lieux "publics-privés" tels que les commissions ou les groupes de travail. Nous pouvons ainsi présumer que la relation traditionnelle entre administration et parlement (voire même démocratie directe), dans laquelle l'administration exécute la volonté exprimée par le souverain et ses représentants, est difficilement identifiable dans des domaines hautement différenciés (voir Habermas 1992: 236). C'est plutôt la vision d'une administration agissant dans un réseau doté de différents lieux de légitimation qui nous permet de comprendre une politique publique se référant à un welfare mix complexe. Le tableau 23.1 reproduit cette transformation des modes de légitimation introduite par l'Etat incitateur en les comparant avec les modes de légitimation caractéristiques des instruments d'intervention de l'Etat libéral et de l'Etat providence.

*Tableau 23.1: légitimation des instruments d'intervention étatiques*

Cependant, ce type de légitimité par les institutions d'un welfare mix spécifique n'est pas sans problèmes. En effet, la démocratie repose sur un accès universel, ce que la majorité des lieux énumérés plus haut ne garantissent pas. Mais s'agit-il véritablement de problèmes? Et si oui, comment combler ces déficits démocratiques? Donner une réponse à ces questions n'est pas simple. Il nous semble quand-même important d'aborder ces problèmes dans leurs grandes lignes. Faire participer les expressions organisationnelles de la société à la formulation et à la mise en place des politiques publiques constitue une voie choisie par l'administration publique pour inverser le processus d'accroissement de l'Etat providence et pour intégrer les forces hostiles à l'Etat providence. Cette voie dans laquelle l'Etat s'engage reste néanmoins ambiguë: si elle exprime une volonté démocratique en réalisant de nouvelles possibilités de participation, elle constitue aussi un choix stratégique permettant d'instrumentaliser les forces de la société. Dans cette dialectique - typique de la coopération conflictuelle - se cache une réponse possible à notre question de légitimité qui laissera certainement insatisfaits ceux qui s'attendent à une formule facile. Nous pensons en effet que la question de la légitimité des mesures de l'Etat incitateur est empirique, liée aux résultats de ce processus de négociation et

d'échange entre acteurs publics et privés. Dans nos deux cas analysés, en effet, la légitimation des politiques incitatives ne s'est pas produite à travers le circuit officiel du système politique. De multiples contraintes n'ont pas permis aux institutions de légitimation politique de définir l'espace dans lequel les politiques publiques pouvaient se déployer. Celles-ci étaient trop lentes, bloquées par les groupes d'intérêt, occupées par des questions de détail et incapables d'aborder de façon compréhensive les domaines que nous avons analysés. L'action administrative a certainement surmonté ces défaillances et promu une politique intéressante. Mais la question de la légitimité de ces politiques, par contre, n'a pu être abordée qu'à travers la démonstration de son efficacité, c'est-à-dire ex post. La campagne Stop-sida illustre de manière exemplaire ces mécanismes de légitimation par l'efficacité: par son efficacité, elle a légitimé une politique basée sur l'information et la tolérance. Cependant, une telle légitimité, si elle est nécessaire, n'est cependant pas suffisante pour stabiliser un réseau. Le risque existe toujours que le politique délégitime un programme, voire même une politique et casse ainsi tous les efforts de l'administration.

## **Conclusion**

Dans cette partie, nous avons cherché à identifier des éléments de fonctionnement du système du bien-être suisse à travers les deux cas analysés. Le résultat principal de notre reconstruction concerne l'évidente augmentation des instruments de l'agir étatique accompagnée par une modification de la place des agents intermédiaires dans le système suisse de bien-être. Plus précisément, en ce qui concerne l'acteur étatique, on constate qu'après un interventionnisme croissant se soldant par la remise en cause de l'Etat providence, l'Etat affine ses instruments et remet une partie de la production et de l'organisation de la solidarité aux expressions organisationnelles de la société. Quant aux acteurs privés, on peut discerner une trajectoire organisationnelle typique qui caractériserait leur développement face aux transformations de l'Etat. Idéalement, on peut décrire la carrière organisationnelle d'un acteur privé au cours des cent dernières années de la manière suivante: celui-ci se constitue et se stabilise d'abord de manière autonome; puis, devant le rôle croissant de l'Etat, il est assimilé à une structure publique; enfin, à partir des années quatre-vingts, il regagne de son autonomie et s'engage dans une coopération conflictuelle avec l'acteur étatique.

Les conséquences de ces changements sur le système du bien-être suisse sont importantes comme le montrent nos deux études de cas. Au terme d'une évolution de cent ans, on constate en effet une division du travail fonctionnelle entre les différentes sphères

de la société. Les aspects médicaux, nécessitant un large savoir, d'importants moyens et se situant au-delà des particularismes sociaux sont le fait des acteurs étatiques alors que les aspects psycho-sociaux ne pouvant pas ignorer la complexité sociale sont pris en charge par les expressions organisationnelles de la société. Pour ces aspects, grâce à son activité incitatrice, l'action étatique garantit une maîtrise compréhensive des problèmes en les intégrant dans une politique publique. Ainsi, contrairement aux politiques publiques développées par l'Etat providence, les politiques de l'Etat incitateur, grâce à la place qu'elles laissent aux agents intermédiaires, garantissent l'existence de ponts institutionnels entre l'Etat et la société civile ou, pour reprendre les termes d'Habermas, assurent un "ancrage du monde vécu dans le système".

## **VI. Faire face à la complexité: réflexions sur la théorie et la pratique de la solidarité**

### **24. La complexité sociale**

L'argument d'un changement du type d'intervention étatique favorisant l'auto-organisation de la société dans une vision programmatique gagne en validité à partir de la crise économique des années soixante-dix. Notre propos n'est cependant pas de motiver le développement de nouveaux instruments d'intervention étatique - que nous avons appelés d'incitation - uniquement à partir des difficultés économiques. La crise des années soixante-dix a certainement posé des limites aux solutions étatiques basées sur une expansion des dépenses publiques mais, aussi bien dans le domaine de la santé que dans d'autres domaines, de telles solutions étaient fondées sur un modèle de fonctionnement qui, comme en témoignent les différentes analyses, a atteint ses limites. Toute une série d'auteurs, dans leurs descriptions de l'Etat caractéristiques des années quatre-vingts, tentent de cerner le changement sans se limiter aux motifs économiques: les historiens proposent de parler d'un "Etat propulsif" (Ashford 1986), certains juristes d'un "Etat superviseur" ou "régulateur" (Willke 1992 et 1991; Morand 1991), les économistes discutent du "post-fordisme" (Boyer 1984) et le sociologue Rosanvallon (1981) utilise le terme de "régulation intro-sociale" et Beck (1986) celui de "politique différentielle". Bien que ces différentes propositions se réunissent sur l'importance de la crise des années soixante-dix, celle-ci n'est pas considérée comme un motif déterminant du changement

des instruments étatiques, mais est appréhendée comme un catalyseur.

En d'autres termes, il semble que la crise économique et ses conséquences sur les finances publiques aient joué comme un déclencheur sur l'organisation étatique. Cependant, comme l'ont montré nos reconstructions des champs du vih/sida et de l'alcoolisme, cette réorganisation était nécessaire non pas en raison des problèmes économiques mais pour au moins deux autres motifs, à savoir la difficulté de gérer la croissante complexité sociale (a) et l'impossibilité d'intervenir dans une société civile pluralisée sans coopérer avec ses expressions organisationnelles (b).

a) Le processus de différenciation de la société avec son effet d'augmentation de la contingence et de perte de sécurité sur les attentes (*Erwartungen*) et sur les effets de la politique est aujourd'hui producteur de dangers qui sont considérés, au niveau individuel, comme des risques. Alors qu'une grande partie des risques existants peuvent être jugés, en reprenant l'analyse de Beck (1986), comme des risques auxquels il n'est pas possible de se soustraire individuellement, il existe toute une série de risques liés aux comportements individuels qu'une information permet de prévenir. Les dangers, liés à ces risques, sont d'autant plus menaçants que l'information manque. Ainsi, en complétant l'analyse de Beck, on peut résumer les dangers et risques auxquels une société complexe est confrontée de la façon suivante: les dangers et risques collectifs (1), les dangers et risques dus à un manque d'information (2) et les dangers et risques individuellement évaluables (3). D'un point de vue individuel, le "risque 2" devient un "risque 3" lorsque l'information intervient. De même le "risque 1" peut se transformer - toujours si l'information intervient - en "risque 3". A titre d'exemple, l'alcoolisme et le vih/sida peuvent être considérés comme des risques auxquels la société est confrontée, mais qui, aujourd'hui, constituent des risques que l'on peut prévenir grâce, notamment, à l'information. Il n'en a cependant pas toujours été ainsi. Au tout début des années quatre-vingts, par exemple, on n'avait pas encore déterminé les voies de transmission du vih et le sida était ainsi considéré comme un risque collectif de type 1.

Cette argumentation sur les risques et les dangers nous aide à lier deux dimensions centrales de notre recherche: la complexité sociale et l'information. Nous pensons que l'information diffère fondamentalement des autres ressources utilisées jusqu'à présent pour intervenir dans le social et qu'elle est centrale pour faire face à la complexité. En effet, l'Etat providence - s'attachant à compléter les infrastructures sociales et à assumer les problèmes sociaux de façon monétaire - faisait rarement usage de l'information alors que l'Etat incitateur l'utilise comme ressource principale. Le développement du rôle de la

prévention dans les politiques de santé publique participe de cette transformation, que nous avons d'ailleurs observé aussi bien dans le champ du vih/sida et que dans celui de l'alcoolisme. En ce qui concerne la lutte contre le vih/sida, les efforts d'information sur les voies de transmission de l'infection et sur les attitudes de solidarité à développer à l'égard des personnes séropositives et malades témoignent de l'importance prise par l'information dans la gestion des risques sociaux. Dans le champ de l'alcoolisme, ce passage vers des pratiques de prévention permettant une compréhension plus différenciée du problème est aussi visible: de vice moral, l'alcoolisme se transforme, pendant la période de mise en place de l'Etat providence, en une maladie à traiter de façon médicale pour devenir, dans une situation de complexification sociale, un problème qui s'insère dans la problématique des risques quotidiens liés à l'alimentation et à la vie saine. L'alcoolisme doit donc être prévenu à travers un comportement individuel réduisant les risques quotidiens et s'inscrit ainsi dans des efforts de prévention de santé en général.

La complexité sociale crée une situation dans laquelle la prévention et, de cette manière, le *savoir transmis* prennent un rôle central dans les politiques de santé. Avec le concept de savoir transmis, nous mettons non seulement en évidence la dimension de la prévention, mais aussi la dimension temporelle de la transmission, fondamentale lorsque les risques collectifs à désamorcer augmentent. En d'autres termes, faire passer le risque sida de "risque 1" à "risque 3" le plus rapidement possible peut sauver des vies. La complexité sociale ne demande ainsi pas seulement une intervention préventive mais aussi une intervention rapide et opportune. Or, ni le modèle libéral de transfert des fonctions - trop lent -, ni celui de l'Etat providence mettant au centre de son attention les grandes infrastructures médicales - trop détachées du tissu social - ne peuvent être proposées comme modèles aptes à saisir les défis d'un système social dépendant d'une utilisation efficace de ressources telles que l'information et le temps.

b) A côté de la crise des finances publiques et de la croissante imprévisibilité de l'environnement du système politique, un troisième événement, fortement lié à la complexité sociale, demande un changement de la logique de fonctionnement dans le domaine social et de la santé. Plus précisément, l'autonomisation du système politique et la perte de confiance des citoyens à l'égard de l'acteur étatique ne peuvent être contrés que par une coopération entre les expressions organisationnelles de la société et l'Etat ou, en reprenant les termes de Willke (1992: 54ss), par une "civilisation de la politique". L'argument de Willke présuppose la spécialisation fonctionnelle de la société en sphères autonomes rassemblant des compétences uniques qui manquent à l'Etat. L'acteur étatique

doit, de cette manière, compléter ses compétences afin de pouvoir agir sur les sphères autonomes de la société. Notre réflexion coïncide en partie avec l'argument de Willke, mais nous nous distancions de son idée voyant la dépendance de l'Etat vis-à-vis de la société comme étant causée par des aspects uniquement fonctionnels. Selon nous, la pluralisation des formes de vie pose le problème de la coordination fonctionnelle seulement dans un deuxième temps. Le problème se place d'abord dans les difficultés, pour l'acteur étatique, d'atteindre la société civile (celle-ci juge en effet les instruments étatiques souvent avec méfiance). La critique habermasienne de la colonisation du monde vécu par les impératifs systémiques décrit exactement ces difficultés. Ainsi, l'analyse interprétant la régulation étatique basée sur des échanges néocorporatistes garantissant une intégration entre systèmes différenciés (suite notamment aux procédures de négociation entre intérêts organisés et Etat) comme une solution pour réconcilier l'Etat et la société civile ne nous paraît pas adéquate. Nous pensons que l'Etat a avant tout besoin de regagner la confiance des acteurs intermédiant entre le système et la société civile (et non entre différents sous-systèmes) pour rendre ses interventions compatibles avec les besoins de la société. Ce n'est donc pas la logique de la négociation stratégique mais celle d'un dialogue visant au consensus qui domine la coopération entre les acteurs étatiques et les expressions organisationnelles de la société.

L'intervention étatique dans la société civile a besoin, en d'autres termes, du consensus et de l'aide des acteurs intermédiaires rendant les sujets représentés perméables aux mesures étatiques. Par exemple, la méfiance (souvent justifiée) des homosexuels à l'égard des acteurs étatiques n'a pu être surmontée, dans le cas de la lutte contre le VIH/sida, que par l'instauration d'une coopération entre les acteurs publics et les organisations intermédiant entre les homosexuels et le système politique. C'est uniquement à travers ces organisations intermédiaires que le message préventif a pu arriver à l'intérieur de la communauté homosexuelle dans un temps utile. S'il y avait eu des problèmes de confiance et de diffusion tels qu'on a pu les montrer aux Etats-Unis (Perrow/Guillén 1990), l'effet des politiques publiques en matière de prévention du VIH/sida aurait été minimal - et les conséquences désastreuses. De même, on peut mettre en évidence, en ce qui concerne la diffusion des messages préventifs et des soins parmi les utilisateurs de drogues par intraveineuse, l'importance des structures à seuil bas et décentralisées qui garantissent la transmission des messages de prévention.

## **25. Les réponses institutionnelles: les chances de la crise**

Les problèmes dont nous avons parlé peuvent être considérés comme des contraintes à l'agir étatique: l'Etat est en effet contraint d'élaborer rapidement des politiques publiques, lesquelles doivent encore être perfectionnées et mises en place par les expressions organisationnelles de la société afin d'avoir un impact et d'être socialement acceptables. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la crise économique exacerbe les contraintes auxquelles l'acteur étatique est confronté et la coopération avec les expressions organisationnelles apparaît comme une solution pour résoudre à la fois les problèmes liés à la complexité sociale et les problèmes liés à la pénurie financière. Le discours politique renouvelé sur la subsidiarité dans une période où ce principe est - comme instrument de régulation unique - difficilement applicable (surtout à cause de sa lenteur dans la production d'effets et de son caractère non systématique) indique dans quelle direction de nouvelles solutions sont recherchées. Plus exactement, les solutions adoptées préconisent une responsabilité partagée entre les acteurs publics et privés quant à l'organisation du champ social et quant à son financement avec, cependant - et cela est un aspect nouveau dans le discours sur la subsidiarité - l'occupation d'une place centrale par l'acteur public en matière de décision. Il n'est pas de notre propos d'approfondir ici l'utilisation idéologique de ce principe, mais nous aimerions, évoquer les éléments positifs (a) et négatifs (b) de la réactivation du principe de subsidiarité que nos analyses de cas ont mis en évidence pour, ensuite, en tirer des conclusions sur l'évolution souhaitable du système du bien-être suisse (c).

a) Les innovations des instruments étatiques réalisées ces dernières années concernent, de manière générale, les frontières entre l'Etat et la société civile. Nous avons abondamment illustré ces innovations qui ont comme trait commun de favoriser l'auto-organisation de la société. Les exemples les plus importants sont:

- *La régulation active*: l'Etat intervient dans le champ comme partenaire des acteurs privés présents. Il produit des services et formule les concepts globaux qui sont mis en place en collaboration avec les acteurs privés. Les règles de fonctionnement sont définies selon la logique de la concertation. Le concept d'intervention dans le champ du vih/sida à Berne peut illustrer cette façon d'agir.
- *La délégation*: l'Etat délègue de fonctions après qu'un réseau se soit constitué ou transformé. Comme exemple, on peut penser à la délégation de la coordination du réseau alcool genevois à la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme après que le réseau se soit transformé à l'aide de - et sous - la coordination de l'Etat genevois.
- *La création d'organisations privées*: l'Etat stimule la création d'organisations privées pour faciliter l'accès aux services. Ces organisations sont généralement subventionnées à cent pour cent. La Fondation vaudoise contre l'alcoolisme,

instituée par l'Etat de Vaud, constitue un exemple de ce type de pratique.

- *Le subventionnement ciblé*: l'Etat utilise les subventions pour donner une direction à l'évolution d'un réseau. Le canton de Lucerne, par exemple, a dirigé de cette façon l'évolution du secteur vih/sida.
- *La concertation informelle*: l'Etat participe à toute forme de concertation pour améliorer la coordination des services. L'informalité simplifie la communication entre les acteurs publics et privés et garantit à l'Etat la possibilité de participation. La concertation ne se déroule pas sur un mode hiérarchique mais est basée sur l'autonomie et la formulation de règles consensuelles. On peut citer comme exemple de concertation informelle le travail du Délégué aux questions liées au vih/sida dans le canton de Zurich.
- *Le retour à la subsidiarité traditionnelle*: l'Etat intervient quand l'auto-organisation échoue. Le cas de Sid'Accueil à Genève, maison destinée aux malades du sida, témoigne de cette pratique: après son échec comme expérience, la Canton s'est engagé à créer un lieu de vie et de soins pour jeunes adultes en fin de vie (en particulier les malades du sida).
- *La sauvegarde et la défense de niches d'autonomie*: l'Etat met à disposition des lieux d'autogestion. La mise à disposition de locaux pour les Alcooliques Anonymes fait par exemple partie de cette politique.

Il est important de souligner que les instruments étatiques caractéristiques de l'Etat incitateur ne se substituent pas à tous les outils d'intervention que l'Etat a développé jusqu'alors. Il s'agit avant tout d'une évolution et d'une complexification des instruments d'intervention étatiques dont le but est d'ajuster l'action étatique. Mais, à partir de nos exemples, le fait que l'Etat ait favorisé les efforts de coordination au sein des réseaux organisationnels entre les agents intermédiaires et les acteurs publics nous semble certain. Ainsi, plaçant au centre de son agir l'encouragement d'une coordination dépassant le clivage public/privé, l'Etat incitateur contribue à une réconciliation de la société. Les instruments de ce que nous avons appelé "Etat incitateur" établissent, en d'autres termes, des moments de coordination favorisant l'action collective entre acteurs publics et privés. Ces moments ont une double importance pour l'intégration de la société: d'une part, l'Etat réussit à rallier les forces pluralisées de la société à des projets communs et d'intérêt collectif et, d'autre part, il instaure des terrains de dialogue où tant les acteurs publics que les acteurs privés peuvent apprendre les uns des autres. Ces deux processus permettent une sensibilité réciproque et une réconciliation entre Etat et société civile.

b) Les aspects négatifs de l'Etat incitateur sont, selon nous, essentiellement liés à l'environnement idéologico-politique dans lequel il s'est formé. En effet, comme nous l'avons déjà décrit, la vague néoconservatrice argumentant sur le fait que l'augmentation

des dépenses publiques ne correspond plus à une augmentation du bien-être social ou de la performance économique - et défendant un programme de déréglementation et de responsabilisation de la société civile - est à l'origine de l'Etat incitateur. Cependant, l'équation néoconservatrice faisant concorder avancement économique et social avec épargnes des dépenses publiques n'a débouché sur aucune solution. Les fondements de l'idéologie néoconservatrice ont en effet, comme nous l'avons montré, été relativisés par le rôle actif pris par l'administration. Mais, en dépit de ces adaptations, ils sont restés inscrits dans certains aspects de l'Etat incitateur. En effet, responsabiliser la société civile, selon la logique néoconservatrice, correspond à une déresponsabilisation de l'Etat. Ainsi, l'administration qui cherche à garder un rôle important - un rôle de responsabilité - dans l'organisation de la solidarité se voit contrainte à chercher des sources de légitimation en dehors du Parlement - dominé par la tendance néoconservatrice. Or, ces sources de légitimation externes, bien qu'elles soient dans les domaines analysés basées sur les compétences de l'administration, restent précaires et ne produisent pas un ancrage institutionnel suffisant des programmes adoptés.

Cet aspect de l'Etat incitateur montre aussi ces limites si on veut comprendre ce modèle comme une solution pour la mise en place de politiques publiques dans un contexte de pluralisation et de complexité sociale. Les réseaux mis en place par des pratiques d'incitation se basent en effet sur une *faible légitimité* et risquent de cette façon d'être sujets à de brusques transformations si les instances légitimantes traditionnelles (les parlements et la démocratie directe) interviennent dans le secteur. Nous avons déjà mentionné qu'il n'y a pas eu d'intervention majeure de ce genre dans les deux champs étudiés, mais nos interlocuteurs ont cependant souvent souligné leur impression d'agir dans un terrain instable, que ce soit du point de vue du partenariat public-privé ou des ressources financières disponibles. Ainsi, les perspectives d'évolution du secteur à moyen et long terme restent floues, ce qui rend difficile la création et l'élaboration de stratégies par les différents acteurs et n'aide certainement pas à l'augmentation de l'efficacité des secteurs analysés.

Par ailleurs, l'Etat incitateur, s'il veut avoir du succès, ne peut être ni un Etat minimal nozickien, ni un Etat *low cost* néolibéral. L'Etat incitateur produit, en effet, des coûts importants à l'intérieur de l'appareil étatique. Du fait de la primauté de l'information et de la prévention pour la maîtrise des problèmes sociaux, celui-ci doit en effet s'investir dans un dialogue laborieux consistant à persuader, sensibiliser et convaincre. De plus, afin de produire des services de qualité, les organisations privées (tout comme les organisations

publiques) doivent d'une part mener un travail professionnalisé qui, inéluctablement, entraîne des coûts et, d'autre part, baser leurs actions sur un engagement des collaborateurs, engagement qui dans une société sécularisée n'est que rarement suscité uniquement par un "idéal" mais nécessite des incitations salariales. Ainsi, si l'Etat diminue - ou cesse - ses subventions, les organisations intermédiaires ne sont plus en mesure de produire les mêmes services - voire même ne survivent pas. De la sorte, combiner les outils de l'Etat incitateur avec des stratégies de sortie de la crise financière peut menacer les organisations dépendant du subventionnement public et économiser de ce côté ne peut que provoquer des défaillances parmi les organisations concernées par ces mesures. Aussi bien dans le champ de l'alcoolisme que dans celui du vih/sida, les mesures d'épargne se sont traduites par un manque de ressources destinés à compléter les services et d'accroître la professionnalisation.

c) Diverses propositions peuvent être formulées pour contrer ces deux effets négatifs, conséquences du développement de nouveaux outils d'intervention étatique dans une situation de crise des finances publiques. Alors que les critiques élaborées jusqu'ici se retrouvent dans les discussions et réflexions internes des champs analysés, l'articulation de ces propositions est de notre responsabilité. Nous espérons toutefois que ces propositions trouveront des interlocuteurs dans les champs analysés, leur formulation étant reprise des questions qui se posent dans ces mêmes champs, à savoir:

- i) Comment augmenter la stabilité des réseaux - et permettre ainsi une programmation de plus longue haleine de la part de tous les acteurs?
- ii) Comment augmenter le professionnalisme/efficacité des services tout en maintenant l'autonomie et l'apport essentiel des volontaires?

i) La stabilité d'un réseau dépend, selon nous, essentiellement de la légitimité qui soutient la solution mise en place. En discutant cet aspect, nous avons souligné que la stabilité d'un réseau - et des organisations qui le composent - restera précaire tant que les instances spécialisées de légitimation ne sont pas impliquées dans les processus de mise en place des politiques publiques. Pour assurer la stabilité des réseaux, les parlements (ou commissions parlementaires et non les commissions d'experts, techniques et consultatives) devraient prendre un rôle plus important aux différents niveaux fédéraux et cantonaux. En d'autres termes, il s'agit d'institutionnaliser le discours sur la légitimation des mesures à prendre dans des lieux qui sont intégrés à la fois dans les réseaux concrets et dans les institutions spécialisées de légitimation. La discussion régulière des politiques

mises en place dans un espace qui soit public (afin de garantir une participation généralisée) et autonome (afin de garantir un lien avec le savoir et l'expérience du domaine) permettrait, selon nous, de renforcer la solution trouvée.

Mais la question de la production de légitimité - nécessaire pour la stabilité d'un réseau - se pose encore au niveau du réseau lui-même et des organisations. *D'une part*, la stabilité d'un réseau dépend d'une "bonne" coordination et d'une "bonne" division du travail. Plus le réseau est intégré de façon horizontale - plus, en d'autres termes, la collaboration et le respect réciproque entre les acteurs sont développés -, plus le réseau donnera l'impression d'être en bon état. Dans une situation de ce genre - que nous avons d'ailleurs rencontrée dans le domaine du vih/sida - l'efficacité de la somme des services mis en place garantit la légitimité des mesures et, de la sorte, assure la stabilité des réseaux. Les acteurs d'un réseau ont, de ce point de vue, tout intérêt à s'organiser d'une façon conviviale pour augmenter ce que nous avons appelé la légitimité par l'efficacité, notamment à l'égard des citoyens finançant ou utilisant leurs services.

*D'autre part*, dans une situation où la diffusion de l'information ne cesse de s'accélérer, il est important de ne pas avoir de "brebis galeuse" à l'intérieur d'un réseau. Celle-ci peut en effet endommager l'image de tout un secteur et, de ce fait, remettre en question sa légitimité. Les contrôles externes réalisés, par exemple, par un acteur public ou un organe de coordination peuvent certainement éviter que de telles situations se développent. Cependant, les acteurs ne sauraient être totalement contrôlés. Ceux-ci doivent en effet conserver une certaine mesure d'autonomie pour assurer au secteur un minimum d'innovation et de différenciation dans les solutions adoptées. Ainsi, la garantie d'une "bonne" image du réseau n'est pas seulement la tâche des organes de contrôle mais aussi des organisations elles-mêmes. Celles-ci ont en effet une responsabilité vis-à-vis du réseau, responsabilité qui se concrétise par une gestion irréprochable des moyens financiers reçus (des institutions publiques mais aussi des membres ou des sponsors) et par une mise en place efficace de services. Cependant, nous l'avons vu, l'exigence d'une gestion et d'une mise en place efficace de services est difficilement réalisable dans un contexte de restrictions budgétaires.

ii) Les problèmes liés au professionnalisme et à l'efficacité nous forcent à ouvrir le discours mené jusqu'ici. Des solutions à ces problèmes demandent des innovations législatives allant au-delà de décisions budgétaires. En effet, jusqu'à maintenant, des recherches de solution n'ont été développées que dans la direction d'une augmentation des financements étatiques ou de l'autofinancement. Or, l'augmentation des financements

publics destinés aux acteurs privés a atteint ses limites (cette source n'est pas infinie, au contraire, elle risque de diminuer lentement). De plus, même si un accroissement des subventions publiques était possible, il n'est pas sûr que cette voie apporte une réelle solution. Le risque d'une assimilation des acteurs privés par l'Etat peut en effet causer la perte de leur autonomie et, de cette manière, de leur capacité d'innovation et de critique. Quant à la solution passant par une augmentation de l'autofinancement, il semble que cette partie du budget, au vu des expériences américaines et anglaises du *found raising*, puisse encore être améliorée. Mais est-il souhaitable d'augmenter la dépendance des agents intermédiaires à l'égard de "sponsors" tels que des industries ou des Eglises? La recherche de nouvelles solutions devrait se faire, à notre sens, dans une direction qui permettrait d'assurer à la fois le professionnalisme et l'autonomie des acteurs privés afin de réduire les effets pervers d'un Etat incitateur mis en place dans un contexte de crise et améliorer, de cette façon, le fonctionnement du système de bien-être. A cet égard, il nous semble utile de se rattacher à la discussion menée ces dernières années par les analystes de l'Etat social autour du revenu minimum garanti (ou de l'impôt négatif) - sans d'ailleurs pouvoir approfondir la discussion ici - et de la valorisation du travail bénévole grâce, notamment, à un soulagement des impôts. Ces mesures, accompagnées d'une campagne d'information, pourraient en effet créer un réservoir de personnes prêtes à s'investir dans le champ social tout en augmentant la qualité des services et l'autonomie des organisations intermédiaires.

La garantie d'un professionnalisme dans le social ne serait ainsi pas assurée par des mesures descendantes - à savoir par l'acteur qui subventionne - mais par des mesures ascendantes. Ce type de mesures est par ailleurs tout à fait compatible avec la logique de l'Etat incitateur - une logique que nous avons cherché à décrire, tout au long de cette analyse, comme une innovation importante dans le système du bien-être suisse. Cependant, pour débarrasser ce modèle d'action étatique de son caractère négatif d'"Etat low cost" peu fiable et pour le remplacer par un modèle d'Etat "fort" (qui devra cependant être restructuré et peut-être même redimensionné), les fondements du système de bien-être doivent encore être repensés dans leur totalité. Plus exactement, la place centrale du travail salarié qui fonde le système de bien-être doit être remise en question. Les outils développés par l'Etat incitateur sont en effet potentiellement en mesure de soutenir une société dans laquelle le travail salarié constitue *une* ressource pour le bien-être, à côté du travail non-salarié, essentiel à la production de la solidarité - et de cette façon à l'intégration sociale.

## **Annexe 1: liste des institutions et organisations interviewées**

### *Dans le champ du vih/sida*

#### Au niveau national:

- Sida Info Doc Suisse
- Aide Suisse contre le Sida
- Bureau central Sida de l'OFSP
- Caritas Suisse
- Pro Juventute
- Société suisse d'hémophilie
- Croix-Rouge Suisse
- Fondation "le Sida et l'Enfant"
- Verein Schweizerischer Drogenfachleute
- Verein Aids-Aufklärung Schweiz

#### Dans le canton de Berne:

- Aids-Sprechstunde der Medizinischen Poliklinik, Inselspital
- Aids-Hilfe Biel
- Aids-Hilfe Bern
- Contact Bern
- Homosexuelle Arbeitsgruppen Bern
- Hand-in-Hand Projekt
- Kantonale Koordinationsstelle für Aids-Probleme

#### Dans le canton de Genève:

- Aspasia
- Association SidAcceuil
- Dialogai
- Fondation SidAide
- Groupe Sida Genève
- Information et consultation Sida, Hôpital Cantonal Universitaire
- Unité Hospitalière Villa Les Crêts des Institutions Universitaires de Psychiatrie genevoise

#### Dans le canton de Lucerne:

- Aids-Hilfe Luzern
- Drogenforum Innerschweiz
- Arbeitsgruppe Aids-Unterricht des Erziehungsdepartements
- Sanitäts- und Fürsorgedepartement; Aids-Kommission

#### Dans le canton de Vaud:

- Association du Relais
- Association Sida Positif
- Centre médico-social Pro Familia
- Information et consultation Sida du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
- Fondation pour la Vie
- Fondation du Levant
- Point Fixe

#### Dans le canton de Zurich:

- Aids-Hilfe Zürich
- Aids-Pfarramt
- Delegierter für Aids-Fragen des Kantons Zürich
- Pestalozzianum
- Hiv-Sprechstunde des Universitätsspitals Zürich

- ZIPP-Aids
- Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker
- Zürcher Aids-Projekte

*Dans le champ de l'alcoolisme*

Au niveau national:

- Secrétariat central de la Croix-Bleue suisse alémanique
- Croix-Bleue romande
- Alcooliques Anonymes, Suisse
- Groupe romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT)
- Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (anciennement, Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, ISPA/SFA)
- Espoir romand
- Services généraux AI-Anon pour la Suisse romande et le Tessin
- Association suisse des familles des victimes de la route
- Association suisse des cheminots abstinents (SVEN)
- Armée du Salut, secrétariat national, division des oeuvres sociales
- DSR (anciennement, Département Social Romand)
- Bons Templiers Suisses (IOGT)
- Ligue suisse des femmes abstinentes
- Schweizerischer Abstinertenbund (SAB)
- Association suisse des chauffeurs abstinents (ASCA/SAV)

Dans le canton de Berne:

- Wysshölzli, Therapie- und Rehabilitationszentrum für Suchtkranke Frauen
- Sozialmedizinischer Dienst, Amt Bern Land und Laupen
- PLUS Fachstelle für Sucht- und Gesundheitsfragen, Porphylixestelle Region Bern
- Blaues Kreuz, Kantonalverband, Fachstelle und Sekretariat
- Centre médico-social du Jura bernois, Contact Tavannes
- Bernischer Verband für Suchtfragen (BUS)
- Vereinigung der kantonallybernischen Abstinertenvereine

Dans le canton de Genève:

- Association la Porte Ouverte
- Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (FEGPA)
- Division d'alcoologie des Institutions universitaires de psychiatrie genevoise
- Croix-Bleue, faisceau genevois
- Clinique du Petit Beaulieu
- Centre Alco-Aide

Dans le canton de Vaud:

- Association privée de prophylaxie de l'alcoolisme (APPA)
- Office cantonal antialcoolique (OCA)
- Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA)
- Armée du Salut
- Fédération vaudoise pour la prévention de l'alcoolisme (FEVPA)

Dans le canton de Lucerne:

- Beratungsstelle für Suchtprobleme, Sozialdienst
- Beratungsstelle Sozialdienst Amt Hochdorf und Michelsamt
- Sozialmedizinischer Dienst, Luzern-Stadt
- Beratungsstelle für Alkoholprobleme, Personalsektion SBB, Kreis II
- Wohnheim Lindenfeld

Dans le canton de Zürich:

- Forel-Klinik
- Beratungs- und Sozialdienst für Alkoholgefährdete, Bezirk Meilen
- Sozialdienst der Stadt Uster
- Kantonaler Abstinertenverband Zürich

- Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
- Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, Bezirk Zürich (ZFA)
- Blaues Kreuz, Kantonalverband, Zürich

## Bibliographie

- Alber, Jens, 1982, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt M./New York: Campus.
- Anheier, Helmut K., 1990, Zur internationalen Forschung über den Nonprofit Sektor: Themen und Ansätze, in: *Journal für Sozialforschung*, p. 163-180.
- Anheier, Helmut K. et Wolfgang Seibel, 1990, Sociological and Political Science Approaches to the Third Sector, in: Helmut K. Anheier, Wolfgang Seibel (éd.), *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*, Berlin et New York: de Gruyter, p. 7-21.
- Aprile, Gianni et Angelo Rossi, 1980, L'imbrication de la gestion financière des différents échelons des pouvoirs publics en Suisse, in: *Annuaire Suisse de Science Politique*.
- Ardigò, Achille, 1981,
- Ardigò, Achille, 1981, Volontariato, Welfare State e terza dimensione, in: *La ricerca sociale*, n. 29.
- Armyr, Gunno, Åke Elmér et Ulrich Herz, 1982, Alcohol in the world of the 80s. Habits, attitudes, preventive policies and voluntary efforts, Stockholm: Sober Förlags AB.
- Ashford, Douglas E., 1986, Une approche historique de l'Etat providence, in: *Revue française d'administration publique* 39, p.495-510.
- Bandi, Till, 1982, Soziale Sicherung in der Schweiz. Institutionelle Grundlagen, volkswirtschaftliche Probleme, Diessenhofen: Verlag Rüegger.
- Bari, Jean-Paul, 1993, Instruments de mise en oeuvre des politiques publiques et espace public. Esquisse d'une problématique, in: *Annuaire Suisse de Science Politique* 33, à paraître.
- Bari, Jean-Paul et Christoph Glauser, 1993, L'évaluation de programmes comme instrument d'apprentissages organisationnel: contribution efficace à l'administration des savoirs dans les organisations publiques? Papier présenté lors du 6ème Colloque International de la Revue "Politique et Management Public", Université de Genève, le 25/26 mars 1993.
- Barraud, Philippe, 1992, Transmettre sciemment le sida: un crime?, in: *L'Hebdo*, 23.12.1992
- Bartolini, Stefano, 1990, Tempo e ricerca comparata, in: *Rivista italiana di scienza politica* 3.
- Bauer, Rudolph, 1990, Zwischen Skylla und Charybdis: das intermediäre Hilfe- und Dienstleistungssystem, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 2, p. 153-172.
- Beck, Ulrich, 1986, Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Beveridge, William H., 1948, *Voluntary Action*, London: Allen and Unwin.
- Beyme, Klaus v., 1992, *Theorie der Politik im 20. Jahrhundert. Von der Moderne zur Postmoderne*, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Billis, David, 1989, A Theory of the Voluntary Sector: Implications for Policy and Practice, *The Centre for Voluntary Organizations, Working Paper no. 5*.
- Billis David, 1984, Welfare bureaucracies. Their design and change in response to social

- problems, London: Heinemann.
- Birnbaum, Pierre, 1985, L'action de l'Etat: différenciation et dédifférenciation, in: Madeleine Grawitz et Jean Leca (éd.), *Traité de Science politique*, Paris: PUF, p. 643-677.
- Bohn, David E., 1986, The Failure of the Radical Left in Switzerland, in: *Comparative political studies* 1, p. 71-103.
- Bombach, Gottfried, Henner Kleinewefers et Luc Weber, 1977, Expertengruppe "Wirtschaftslage", Lage und Probleme der schweizerischen Wirtschaft, Gutachten 1977/78, Bern.
- Boyer, Robert, 1984, *La théorie de la Régulation*, Paris: Agalma-La Découverte.
- Brütsch, 1989,
- Bugnon, Charles-H., 1988, Education sexuelle et sida: Une nouvelle légitimité, in: *Faire face au SIDA*, Jean Martin (éd.), Lausanne: Favre, p. 195-204.
- Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin, 1993, The Third Sector in Switzerland: The Transformation of the Subsidiarity Principle, in: *West European Politics*, summer.
- Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin, 1992, Quelle sociologie pour le travail social? Réflexions sur les relations entre la sociologie et son environnement, texte présenté lors des Journées de l'Institut d'études sociales: "La place de la recherche dans le travail social", Genève, 28-29 septembre 1992.
- Cahannes, Monique et Richard, Müller, 1981, Alcohol Control Policy in Switzerland: an Overview of Political Compromise, in: Eric Single, Patricia Morgan et Jan de Lint (éd.), *Alcohol, Society, and the State. The Social History of Control Policy in Seven Countries*, vol. 2, Toronto: the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, p. 61-86.
- Cattacin, Sandro, 1988, Rapporto sulla situazione dell'immigrazione italiani in Svizzera: L'immigrazione tra integrazione sistemica e integrazione sociale, Rapporto alla Seconda Conferenza dell'Emigrazione, Roma: Labos, mimeo.
- Cattacin, Sandro, Armin Kühne et Erwin Rüegg, 1991, Neokorporatismus und Ökologiesierung von Politik: Die Rolle des Parlamentes bei der Reform des institutionellen Designs, in: *Schweizerischer Parlamentsdienst* (éd.), *Das Parlament - Oberste Gewalt des Bundes?*, Bern: Haupt.
- Cattacin, Sandro et Florence Passy., 1992, Der Niedergang von Bewegungsorganisationen. Zur Analyse von organisatorischen Laufbahnen, papier présenté à Bonn lors de Meeting New Social Movements, the Third Sector and the Welfare State, 26-28 juin 1992.
- Ceppi, Jean-Philippe, 1992, Comment les médecins vont rechercher les victimes oubliées du sang contaminé, in: *Le Nouveau Quotidien*, 19.2.1992.
- Charles, Jean-François, 1984, *Die sozialen Versicherungen in der Schweiz. Grundzüge, aktuelle Probleme und Schwerpunkte unserer Sozialpolitik*, Bern.
- Chatterji Carla et Monique Weber-Jobé, 1988, L'expérience de deux animatrices en éducation sexuelle, in: Jean Martin (éd.), *Faire face au SIDA*, Lausanne: Favre, p. 205-211.
- Cotti, Flavio, 1989, Sozialstaat Schweiz: Ein abgenützter Begriff?, in: *St. Galler Tagblatt* 25.4.1989.
- Crozier Michel et Erhard Friedberg, 1977, *L'acteur et le système*, Paris: Seuil
- Czada, Roland et Heidi Friedrich-Czada, 1989, Aids als politisches Konfliktfeld und Verwaltungsproblem, Beitrag für die Konferenz "Aids und Sozialwissenschaften", Berlin 23./24.2.1989.
- Dahl, Robert A. et Charles E. Lindblom, 1953, *Politics, Economics, and Welfare*.

- Planning and Politico-Economic Systems Resolved into Basic Social Processes, New York: Harper & Brothers.
- De Laubier, Patrick, 1985, Dix ans de politique sociale en Suisse, in: *Revue Française des Affaires Sociales* 4, p.127-132.
- Deiss, Joseph, 1979, *Economie politique et politique économique de la Suisse*, Fribourg: Editions Fragnière.
- Donati, Pierpaolo, 1991, *Teoria relazionale della società*, Milano: Angeli.
- Douglas, James, 1987, *Political Theories of Nonprofit Organization*, in: Walter W. Powell (éd.), *The Third Sector. A Research Handbook*, New Haven/London: Yale University Press, p. 43-55.
- Douglas, James, 1983, *Why Charity? The Case for a Third Sector*, Beverly Hills/London: Sage.
- Douglas, Mary, 1992, *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, London: Routledge.
- Dubiel, Helmut, 1985, *Was ist Neokonservatismus?*, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Duvoisin-Julmy, Madeleine, Madeleine Rüedi-Bettex, Dominique de Vargas-Rochat et Monique Weber-Jobé, 1990, *Le SIDA aujourd'hui: préparer l'avenir*, in: Jean Martin (éd.), *L'amour préservé. Les jeunes et le SIDA*, Lausanne: ISPA Presse, 2ème édition, p. 153-159.
- Ebner, Fritz, 1985, *Wachsende Gefährdung des Freiraums der Bürger und Unternehmungen. Zur ungedämpften Paragrapheninflation*, in: *Neue Zürcher Zeitung* 9./10.3.1985.
- Eckstein, Harry, 1975, *Case Study and Theory in Political Science*, in: Fred I. Greenstein et Nelson W. Polsby (éd.), *Handbook of Political Science*, vol. VII, *Strategies of Inquiry*, Reading Mass.: Addison Wesley, p. 79-137.
- Ernst, Cécile, 1989, *Abus d'alcool et alcoolisme. Aide-mémoire à l'intention des médecins et des personnes participant par leur activité au traitement de l'alcoolisme*, Berne: Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (3ème édition).
- Esping-Anderson, Gösta, 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Etzioni, Amitai, 1973, *The Third Sector and Domestic Missions*, in: *Public Administration Review*, p. 314-323.
- Evers, Adalbert, 1991, *Pluralismus, Fragmentierung und Vermittlungsfähigkeit. Zur Aktualität intermediärer Aufgaben und Instanzen im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik*, in: Hubert Heinelt et Helmut Wollmann (éd.), *Brennpunkt Stadt*, Basel/Boston/Berlin: Birkhäuser, p. 221-240.
- Evers, Adalbert, 1990, *Shifts in the Welfare Mix - Introducing a New Approach for the Study of transformations in Welfare and Social Policy*, in: Adalbert Evers et Helmut Wintersberger (éd.), *Shifts in the Welfare Mix*, Frankfurt am Main/Boulder, Colorado: Campus/Westview, p. 7-29.
- Evers, Adalbert, 1990a, *Im intermediären Bereich - Soziale Träger und Projekte zwischen Haushalt, Staat und Markt*, in: *Journal für Sozialforschung* 2, p. 189-210.
- Evers, Adalbert, Illona Ostner et Helmut Wiesenthal, 1989, *Arbeit und Engagement im intermediären Bereich. Zum Verhältnis von Beschäftigung und Selbstorganisation in der lokalen Sozialpolitik*, Augsburg.
- Ewald, François, 1986, *L'Etat providence*, Paris: Grasset.
- Fagagnini, Hans Peter, 1991, *Föderalistischer Aufgabenverbund in der Schweiz*, Haupt, Bern.
- Fahrenkrug, Hermann, 1992, *Alcoolisme hier, alcoolisme aujourd'hui*, in: Elena Gottraux-

- Biancardi, Air pur, eau claire, préservatif. Tuberculose, alcoolisme, sida: une histoire comparée de la prévention, Lausanne: Editions d'en bas, p. 33-56.
- Farago, Peter, 1987, Verbände als Träger öffentlicher Politik, Grösch: Verlag Rüegger.
- Fibbi, Rosita, 1983, Die italienischen Verein in der Schweiz in einer Übergangsphase: einige Fragen an die Linke, Widerspruch 1983/6, p. 76-85.
- Forel, August, 1935, Rückblick auf mein Leben, Zurich: Europa Verlag.
- Fossati Mario et Isabelle Dentz, 1987, Si le sida m'était conté. Peurs collectives et pouvoir politique, Genève: Dépt. de Science Politique, mimeo.
- Fragnière, Jean-Pierre, 1985, Spécifités Helvétiques, in: Revue Française des Affaires Sociales, 1985/4, p. 7-24.
- Fragnière, Jean-Pierre (éd.), 1990, L'étude de la politique sociale, Lausanne: Cahiers de l'EESP.
- Fragnière, Jean-Pierre et Gioia Christen, 1988, Sécurité sociale en Suisse, Lausanne: Réalités sociales.
- Francioli, Patrick, Jean-Philippe Chave et Michel-Pierre Glauser, 1988, La prise en charge médicale du Sida en Suisse: passé, présent, futur, in: Jean Martin (éd.), Faire face au Sida, Lausanne: Favre.
- Galbraith, James K., 1977, The Age of Uncertainty, Boston: Houghton Mifflin.
- Galtung, Johan, 1990, Theory Formation in Social Research: A Plea for Pluralism, in: Else Øyen (éd.), Comparative Methodology. Theory and Practice, in: International Social Research, London: Sage, p. 96-112.
- Gamson, Josh, 1989, Silence, Death, and the Invisible Enemy: AIDS Activism and Social Movement "Newness", in: Social Problems, Vol. 36/4, p. 351-367.
- Germann, Raimund E., 1987, L'amalgame public-privé: l'administration para-étatique en Suisse, Cahiers de l'IDHEAP, no. 29.
- Gilbert, Neil, 1983, Capitalism and the Welfare State, New Haven: Yale University Press.
- Gilliand, Muriel et Sylviane Périsset, 1986, Politiques en matière d'alcool et d'alcoolisme. Dispositifs de mise en oeuvre et problématiques: quelle adéquation?, Lausanne: Etudes Sociales et Pédagogiques, mimeo.
- Gilliand, Pierre, 1990, Santé publique: évolution des coûts, sources de financement, perspectives, in: Pierre Gilliand (ed.), Assurance-maladie. Quelle révision? Suisse 1889-1989. Cent ans déjà!, Lausanne: Réalités sociales, p. 21-34.
- Gilliand, Pierre, 1988, Politique sociale en Suisse, Lausanne: Réalités sociales.
- Gottraux-Biancardi, Elena, 1992, De prière et d'eau fraîche: la lutte antialcoolique, in: Elena Gottraux-Biancardi (éd.), Air pur, eau claire, préservatif, Lausanne: Editions d'en bas, p. 83-99.
- Granovetter, Mark S., 1973, The Strengh of Weak Ties, in: American Journal of Sociology, vol. 78, p. 1360-1380.
- Greber, Pierre-Yves, 1990, Présentation générale du système suisse de sécurité sociale, in: Cahiers genevois de sécurité sociale 7, p.9-34.
- Greber, Pierre-Yves, 1986, L'évolution de la sécurité sociale en Suisse de 1974 à 1984 - une synthèse, in: Jean-Pierre Fragnière (éd.), Dix ans de politique sociale en Suisse: 1975-1985, Lausanne: Réalités sociales.
- Gros Dominique et Dominique Hausser, 1992, La lutte contre les discriminations: une nécessité pour la prévention, in: Elena Gottraux-Biancardi (éd.), Air pur, eau claire, préservatif: Tberculose, alcoolisme, sida: une histoire comparée de la prévention, Lausanne: Editions d'en bas.
- Gui, Bendetto, 1991, Le organizzazioni mutualistiche e senza fine di lucro. Un approccio unificato al «terzo settore», in: Stato e Mercato 31, p. 143-157.

- Gusfield, Joseph R., 1963, *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*, Urbana/Chicago/London: University of Illinois Press.
- Habermas, Jürgen, 1992, *Faktizität und Geltung*, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen, 1981, *Theorie des kommunikativen Handelns*, Tome 1, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen, 1981a, *Theorie des kommunikativen Handelns*, Tome 2, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Häfeli, Christoph, 1989, *Bases juridiques de l'action sociale en Suisse*, in: *Conférence nationale suisse de l'action sociale (éd.)*, *Manuel de l'action sociale en Suisse*, Lausanne: Réalités sociales, p. 52-72.
- Hanf, Kenneth et Fritz W. Scharpf, 1977, *Introduction*, in: Kenneth Hanf et Fritz W. Scharpf (éd.), *Interorganizational Policy Making. Limits to Coordination and Central Control*, London: Sage.
- Hansmann, Henry B., 1990, *The Economic Role of Commercial Nonprofits: The Evolution of the Savings Bank Industry*, in: Helmut K. Anheier et Wolfgang Seibel (éd.), *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofits Organizations*, Berlin, New York: de Gruyter, p. 65-77.
- Harding, T.-W., R. Manghi et G. Sanchez, 1990, *Le Sida en milieu carcéral. Les stratégies de prévention dans les prisons suisses*, Berne: OFSP.
- Hauser, Mark, Serge Gaillard et Martin Renggli, 1989, *Transferts de revenus*, in: *Conférence nationale suisse de l'action sociale (éd.)*, *Manuel de l'action sociale en Suisse*, Lausanne: Réalités sociales, p. 239-258.
- Heinze, Rolf G., Thomas Olk et Josef Hilbert, 1988, *Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven*, Freiburg i. B.: Lambertus.
- Hilbert, Josef et Helmut Voelzkow, 1984, *Umweltschutz durch Wirtschaftsverbände? Das Problem verbandlicher Verpflichtungsfähigkeit am Beispiel umweltschutzinduzierter Selbstbeschränkungsabkommen*, in: Manfred Glagow (éd.), *Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität*, Bielefeld: AJZ, p. 140-161.
- Hotz, Beat, 1979, *Politik zwischen Staat und Wirtschaft*, Diessenhofen: Verlag Rüegger.
- Hotz, Beat et Hans Werder, 1979, *Planung im politischen Entscheidungsprozess: Hauptprobleme und Befunde*, in: Wolf Linder, Beat Hotz et Hans Werder (éd.), *Planung in der schweizerischen Demokratie*, Bern: Haupt, p. 81-115.
- Hyman, Merton M., David L. Strug et S. Priyadarsini, 1986, *Conclusion: On the Horns of Three Dilemmas in Alcoholism Treatment: Propriety, Professionalism and Power*, in: David L. Strug, S. Priyadarsini et Merton M. Hyman (éd.), *Alcohol interventions. Historical and Sociocultural Approaches*, New York/London: The Haworth Press.
- Immergut, Ellen M., 1992, *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, New York: Cambridge University Press.
- James, Estelle, 1987, *The Non-Profit Sector in Comparative Perspective*, in: Walter W. Powell (éd.), *The Third Sector. A Research Handbook*, New Haven/London: Yale University Press, p. 397-415.
- Katz, A. J. et E. Bender, 1976, *Self-Help groups in Western Society: History and Prospects*, in: *Journal of Applied Behavioural Science* 3, p. 265-282.
- Kaufmann, Franz-Xaver, 1983, *Steuerungsprobleme im Wohlfahrtsstaat*, in: Joachim Matthes (éd.), *Krise der Arbeitsgesellschaft?*, Frankfurt M., New York: Campus, p. 474-490.
- Kenis, Patrick et Volker Schneider, 1991, *Introduction: Studying Policy Networks*, in: Bernd Marin et Renate Mayntz (éd.), *Policy Networks: Empirical Evidence and*

- Theoretical Considerations, Frankfurt M./Boulder, Colorado: Campus/Westview, p. 25-59.
- Kleger, Heinz, 1987, Politik mit dem Sozialstaat als lernfähige Demokratie. Theorien und Thesen zur Minimalisierung des Staates, in: Akademie der Geisteswissenschaften Tutzing (éd.), Zum Staatsverständnis der Gegenwart, München: Olzog, p. 55-84.
- Kleger, Heinz, Sandro Cattacin, Armin Kühne et Erwin Rüegg., 1989, Politikberatung in einer lernfähigen Demokratie: Zur Kooperation von Wissenschaft, Intellektualität und Aktivbürger, in: W. Linder (éd.), Wissenschaftliche Beratung der Politik, Bern: Haupt.
- Klöti, Ulrich and Kurt Nüssli, 1984, Erste Vorschläge zur Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen. Evaluation eines Entflechtungsprogramms, in: Kleine Studien zur Politischen Wissenschaften, Zürich 1984/227.
- Knoepfel, Peter, 1987, Probleme (international) vergleichender Politikanalysen - ein Werkstattbericht, Lausanne, Cahiers de l'IDHEAP 39.
- Knüsel, René, 1986, Genèse de l'«Etat social» en Suisse au XIXe siècle, in: Pierre Gilliard (éd.), Les coûts de la santé. Les coûts et l'assurance, Lausanne: Réalités sociales, p. 247-260.
- Knüsel, René et Félix Zurita, 1980, Aux origines de la politique sociale en Suisse. Une sécurité pour qui?, in: Jean-Pierre Fragnière et Pierre Gilliard (éd.), Santé et politique sociale, Vevey: Editions Delta, p. 119-129.
- Kocher, Georg et Pierre Rentchnik, 1980, Teure Medizin, Bern: Huber Verlag.
- Kohn, Melvin L., 1987, Cross-national research as an analytic strategy, in: ASR 52, p. 713-731.
- Kramer, Ralph M., 1992, Il ruolo delle organizzazioni volontarie in quattro welfare state: uno studio comparato, in: Polis, no 3, p. 437-465.
- Kramer, Ralph M., 1982, From Voluntarism to Vendorism. An Organizational Perspective on Contracting, Program on Non-Profit Organizations Working Paper n. 54, Yale University.
- Kramer, Ralph M., 1981, Voluntary Agencies in the Welfare State, Berkeley: University of California Press.
- Kriesi, Hanspeter, 1992, The Rebellion of the Research "Objects", in: Mario Diani et Ron Eyerman (éd.), Studying Collective Action, London: Sage.
- Kriesi, Hanspeter, 1991, La politique sociale, Genève 1991, mimeo.
- Kriesi, Hanspeter, 1987, Neue soziale Bewegungen - der Protest einer Generation?, in: Martin Dahinden (éd.), Neue soziale Bewegungen - und ihre gesellschaftlichen Wirkungen, Zürich: Verlag der Fachvereine, p. 25-42.
- Kriesi, Hanspeter, 1986, Perspektiven neuer Politik: Parteien und neue soziale Bewegungen, in: Annuaire suisse de science politique 26, p. 333-350.
- Kriesi, Hanspeter, 1980, Entscheidungsstrukturen und Entscheidungsprozesse in der Schweizer Politik, Frankfurt M.: Campus Verlag.
- Lendi, Martin et Rolf Nef, 1979, Erfüllung öffentlicher Aufgaben ohne Staat, in: DISP-ORL 54.
- Levitt, Theodore, 1973, The Third Sector. New Tactics for a Responsive Society, New York: Macdonald Press.
- Linder, Wolf, 1991, La planification en tant que processus social, in: Charles-Albert Morand (éd.), Les instruments d'action de l'Etat, Bâle/Francfort: Helbing & Lichtenhahn, p. 7-20.
- Linder, Wolf, 1983, Entwicklung, Strukturen und Funktionen des Wirtschafts- und Sozialstaats in der Schweiz, in: Alois Riklin (éd.), Handbuch Politisches System der Schweiz, Band 1, Grundlagen, Bern: Haupt, p. 255-382.

- Linder, Wolf, 1983a, Abflachendes Wirtschaftswachstum und gesellschaftlicher Wertwandel als Prüfstein Helvetischer Konkordanz, in: *Annuaire Suisse de Science Politique* 23, p. 121-139.
- Linder, Wolf, 1979, Planung als demokratischer Prozess - Prinzipien und Möglichkeiten einer Reform, in: Wolf Linder, Beat Hotz et Hans Werder (éd.), *Planung in der schweizerischen Demokratie*, Bern: Haupt, p. 175-255.
- Mäder, Ulrich, 1988, Auf dem Weg zur Selbsthilfegesellschaft, in: *Sozialarbeit* 1988/7-8, p.19-26.
- Mäder, Ulrich, 1987, Selbsthilfe: Neue Subsidiarität contra Sozialstaat?, *Widerspruch* 14, p. 97-106.
- Malatesta, Dominique, 1991, Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente: Genève, 1980-1990, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Malatesta, Dominique, Dominique Joye et Christine Spreyermann, 1992, Villes et toxicomanie. Des politiques urbaines de prévention du sida en Suisse, Lausanne: Institut de recherche sur l'environnement construit, Rapport de recherche No 99.
- Marazzi, Christian, 1990, Quelques questions relatives au revenu minimum garanti, in: *La Revue syndicale suisse* 5, p. 174-180.
- Marin, Bernd et Patrick Kenis, 1989, *Managing Aids. The role of private nonprofit institutions in public health and welfare policy*, Vienne: Eurocenter, mimeo.
- Martin, Jean, 1988, Le sida et les pouvoirs publics. Potentiel et limites de leur action, in: Jean Martin (éd.), *Faire face au SIDA*, Lausanne: Favre, p. 103-122.
- Martin, Jean, 1987, *Pour la santé publique*, Lausanne: Réalités sociales.
- Marx, Karl, 1964 (1894), *Das Kapital*, Band 3, MEW 25, Berlin: Dietz Verlag.
- Masraff, Nicolas, 1980, *Eléments de politique sociale vaudoise en matière d'alcoolisme*, Université de Genève, mimeo.
- Maurer, A., 1982, La Suisse, in: Peter A. Köhler, Hans F. Zacher et Philippe-Jean Hesse (éd.), *Un siècle de sécurité sociale 1881-1981*, Nantes: S. Chiffolleau, p. 525-612.
- Michels, Roberto, 1913, *Les Partis politiques*, Paris: Giard et Brière.
- Miescher, Stephan, 1988, *L'Homosexualité en Suisse*, in: Roger Staub (éd.), *Les homosexuels et le sida: la recherche d'une solution*, Aide Suisse contre le sida.
- Mill, John Stuart, 1847, *A system of logic ratiocinative and inductive, being a connected view of the principles of evidence and the methods of scientific investigation*, London: Longmans.\_
- Möckli, Silvano, 1988, *Der Schweizerische Sozialstaat*, Bern und Stuttgart: Haupt.
- Morand, Charles-Albert, 1991, Les nouveaux instruments d'action de l'Etat et le droit, in: Charles-Albert Morand (éd.), *Les instruments d'action de l'Etat*, Bâle/Francfort: Helbing & Lichtenhahn, p. 237-256.
- Müller, Richard, 1984, Zur Epidemiologie des Alkoholmissbrauchs, in: *Swiss Med*, no. 6, pp. 31-35.
- Müller, Richard, 1983, Alcohol Problems in Switzerland, in: Norman Giesbrecht, Monique Cahannes, Jacek Moskalewicz, Esa Österberg and Robin Room (eds.), *Consequences of Drinking. Trends in alcohol problem statistics in seven countries*, Toronto: Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, pp. 45-69.
- Müller, Richard, 1982, *Alkoholprobleme in der Schweiz. 1950-1977*, Lausanne: Arbeitsbericht Nr. 8 der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Mutti, Antonio, 1989, I vicini e le reti informali di assistenza, in: *Stato e Mercato* 25, p.

49-72.

- Neidhart, Leonhard, 1970, Plebiszit und pluralitäre Demokratie, Bern: Francke
- Nelkin, Dorothy, David P. Willis et Scott V. Paris (éd.), 1991, A Disease of Society. Cultural and Institutional Responses to AIDS, New York: Cambridge University Press.
- Niederberger, Martin, 1985, Die Konfigurationen des Helfens im gesellschaftlichen Wandel, Zürich.
- Nozick, Robert, 1974, Anarchy, State and Utopia, New-York: Basic Books.
- Nüssli, Kurt, 1988, Neokorporatismus in der Schweiz: Gesundheitspolitik, Zürich: Kleine Studien zur Politischen Wissenschaft.
- Nüssli, Kurt, 1985, Föderalismus in der Schweiz. Konzepte, Indikatoren, Daten, Grösch: Verlag Rüegger.
- Odermatt, Joseph, 1974, L'alcool aujourd'hui, Lausanne: Ed. SAS (2e éd.).
- Offe, Claus, 1988, Democracy Against the Welfare State? Structural Foundations of Neoconservative Political Opportunities, in: J. Donald Moon (éd.), Responsibility, Rights, and Welfare. The Theory of the Welfare State, Boulder/London: Westview Press, p. 189-228.
- Perrow, Charles et Mauro F. Guillén., 1990, The Aids Disaster. The Failure of Organizations in New York and the Nation, New Haven/London: Yale University Press.
- Pittman, D., 1964., Gesellschaftliche und kulturelle Funktionen des Trinkens, in: Alkohol und Alkoholismus, 27. Internationaler Kongress, Frankfurt.
- Piven Francis F. et Richard A. Cloward, 1979, Poor people's movement: why they succeed, how they fail, New-York: Vintage Books.
- Plummer, Ken, 1988, Organizing AIDS, in: Peter Aggleton et Hilary Homans (éd.), Social Aspects of AIDS, London: The Falmer Press, p. 20-51.
- Polanyi, Karl, 1983 (1ère éd. en angl. 1944), La Grande Transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps, Paris: Gallimard.
- Pollack, Michael, 1987, AIDS: Risikomanagement unter widersprüchlichen Zwängen. Reaktionen und Verhaltensänderungen unter französischen Homosexuellen, in: Journal für Sozialforschung, Heft 3/4.
- Ragin, Charles C., 1987, The Comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies, Berkley: University of California Press.
- Reichard, Christoph, 1988, Der Dritte Sektor. Entstehung, Funktion und Problematik von "Nonprofit"-Organisationen aus verwaltungswissenschaftlicher Sicht, in: Die Öffentliche Verwaltung, p. 363-370.
- Reinking, Dick, 1989, Psychological issues in the Netherlands in the AIDS-Era, Paper presented at the working group on the Social Implications of AIDS, Vienna 17-19 October 1989.
- Reinmann, August, 1989, 100 Jahre Forel-Klinik. Wirken der Heilstätte für Alkoholranke in Ellikon an der Thur (Kanton Zürich). 1888-1989, Ellikon an der Thur: Verein Forel-Klinik.
- Rey, Jean-Noël, 1983, Trop d'Etat?, Lausanne: Réalités sociales.
- Rey, Pierre et Yves Lanini, 1988, Sida et prise en charge des toxicomanes, in: Jean Martin (éd.), Faire face au sida, Lausanne: Favre, p. 161-170.
- Ricq, Charles (éd.), 1986, Droits sociaux et politique sociale en Suisse et en Europe, Lausanne: Réalités sociales.
- Ronge, Volker, 1988, Theorie und Empirie des «Dritten Sektors», in: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft, Volume 2, p. 113-148.

- Rosanvallon, Pierre, 1981, *La crise de l'Etat providence*, Paris: Seuil.
- Rose, Richard, 1985, *The State's Contribution to the Welfare Mix*, University of Strathclyde, *Studies in Public Policy* No. 140.
- Rosenbrock, Rolf, 1989, *Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention*, Plenumsreferat auf dem AOK/WHO-Kongress "Gesundheit als Herausforderung", Hamburg, 14 juin 1989.
- Rosenbrock, Rolf, 1987, *Soziale, medizinische und sozial- wissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids*, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.
- Rossi, Martino, 1990, *Revenu minimum garanti et politique syndicale*, in: *La Revue syndicale suisse* 5, p. 181-193.
- Ruckstuhl, Urs, 1987, *Die Linke und die Drogenszene*, *Widerspruch* 14, p. 69-81.
- Rüegg, Erwin, 1989, *The Executive Meets Organized Interests: Structural and Procedural Changes in Different Polity Areas*, Papier présenté à la conférence "Government and Organized Interests", Zurich 27-30 septembre 1989.
- Ruffolo, Giorgio, 1980, *La risposta progressista: i tre sistemi*, in: *Mondoperaio* 4.
- Ruppen, Stephan, 1989, *AIDS. Ein Ratgeber für Rechtsfragen rund um AIDS*, Zurich: Werd-Verlag.
- Sartori, Giovanni, 1991, *Comparing and Miscomparing*, in: *Journal of Theoretical Politics*, vol. 3/3, p. 243-257.
- Schick, Allen, 1969, *System Policy and System Building*, in: *Public Administration Review* no. 29.
- Schimank, Uwe, 1988, *Gesellschaftliche Teilsysteme als Akteursfiktion*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 4, p. 619-639.
- Schmid, Theo, 1966, *Dienst und Freude. Vom Werden und Wachsen des Blauen Kreuzes und seines Jugendwerkes*, Bern: Blaukreuz Verlag.
- Schmidt, Manfred G., 1985, *Der Schweizerische Weg zur Vollbeschäftigung*, Frankfurt M.: Campus Verlag.
- Schmitter, Philippe C. et Wolfgang Streeck (éd.), 1985, *Private Interest Government. Beyond Market and State*, London: Sage.
- Schneider, Lydia, 1991, *La prise en charge institutionnelle des personnes atteintes de Sida en Suisse*, Certificat en politique sociale, Genève: Faculté des sciences économiques et sociales.
- Schwegler, M., 1990, *Im Sozialbereich fehlen Fachkräfte*, in: *Tages-Anzeiger* 24.3.1990.
- Schweingruber, Edwin, 1977, *Sozialgesetzgebung der Schweiz. Ein Grundriss*, Zürich: Schulthess.
- Segalman, Ralph, 1986, *The Swiss Way of Welfare. Lessons for the Western World*, New York: Praeger Publishers.
- Seibel, Wolfgang, 1992, *Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheiternde Organisationen im "Dritten Sektor" zwischen Markt und Staat*, Baden-Baden: Nomos.
- Shilts, Randy, 1987, *And the Band Played on. Politics, People, and the Aids Epidemic*, London: Penguin book.
- Siegenthaler, Hansjörg, 1983, *Konsens, Erwartungen und Entschlusskraft: Erfahrungen der Schweiz in der Überwindung der Grossen Depression vor hundert Jahren*, in: *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik* 3, p. 213-235.
- Somaini, Bertino, 1989, *The Basis of Prevention of AIDS and HIV*, Papier présenté lors du groupe de travail "the Social Implications of AIDS", Vienne 17-19 Octobre 1989.
- Sommer, Jürg H., 1978, *Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz*, Diessenhofen: Verlag Rüeegger.

- Sommer, Jürg H. et François Höpflinger, 1989, Wandel der Lebensformen und soziale Sicherheit in der Schweiz. Forschungsstand und Wissenslücken, Grösch: Verlag Rügger.
- Sorman, Guy, 1985, L'Etat minimum, Paris: Albin Michel.
- Spinatsch, Markus, 1987, Ambulante Hilfe bei Alkoholproblemen. Professionelle Beratung, private Laienhilfe und Selbsthilfe im Spannungsfeld von Kooperation und Konkurrenz, Arbeitsbericht der Forschungsabteilung Nr. 18, Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Staub, Roger, 1988, Les homosexuels et le sida. La recherche d'une solution, Zürich: Aide Suisse contre le Sida.
- Staub, Roger (éd.), 1990, Die STOP-AIDS Story 87-89, Rechenschaftsbericht 1987-1989 über die Präventionskampagne der Aids-Hilfe Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern.
- Steiner, Rudolf, 1986, Sozialpolitische Rahmenbedingungen von freiwilliger sozialer Tätigkeit und Selbsthilfe im Zeichen der Trendwende, in: Ruth Brack, Judith Giovanelli-Blocher et Rudolf Steiner (éd.), Freiwillige Tätigkeit aus der Sicht beruflicher Sozialarbeit. Vorträge und Aufsätze, Bern und Stuttgart: Haupt, p. 13-30.
- Stinchcombe, Arthur L., 1965, Social Structure and Organizations, in: James G. March (éd.), Handbook of Organizations, Chicago: Rand McNally, p. 153-193.
- Streeck, Wolfgang, 1987, Vielfalt und Interdependenz. Probleme intermediärer Organisationen in sich verändernden Umwelten, WZB, discussion paper IIM/LMP 87-3, Berlin.
- Tecklenburg, Ueli, 1991, Das spezialisierte Behandlungssystem für Alkoholabhängige. Stationäre Therapie und Rehabilitation 1984 bis 1990, Lausanne: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (SAKRAM).
- Tecklenburg, Ueli, 1983, Abstinenzbewegung und Entwicklung des Behandlungssystems für Alkoholabhängige in der Schweiz, Lausanne: Arbeitsbericht Nr. 12 der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Teubner, Gunther, 1987, Juridification. Concepts, Aspects, Limits, Solutions, in: G. Teubner (éd.), Juridification of Social Spheres. A Comparative Analysis in the Areas of Labor, Corporate, Antitrust and Social Welfare Law, Berlin/New York: de Gruyter, p. 3-48.
- Thurow, Lester, 1980, The Zero Sum Society, New York: The basic books.
- Tschopp, Peter, 1983, De la conquête de la prospérité à la gestion collective de ses effets, in: Alois Riklin (éd.), Handbuch Politisches System der Schweiz, Band 1, Grundlagen, Bern: Haupt.
- Ulrich, Peter, 1983, Sozialökonomische Entwicklungsperspektiven aus dem Blickwinkel der Lebenswelt, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, p. 237-359.
- Vobruba, Georg, 1991, Jenseits der sozialen Fragen, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Vogel, Hans-Peter, 1992, Marketingstrategien der Heilsarmee. Das Centre Espoir in Genf, in: Dieter Stemmlé (éd.), Marketing im Gesundheits- und Sozialbereich, Bern: Haupt.
- Wagner, Antonin, 1990, The Nonprofit Sector in Switzerland: Taxonomy and Dimensions, in: H. K. Anheier and W. Seibel (eds.), The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organisations, Berlin/New York: De Gruyter.
- Wagner, Antonin, 1989, Aufgabenteilung zwischen privaten Werken und öffentlichen

- Stellen im Sozialwesen, in: Schweizerische Landeskonferenz für Sozialwesen LAKO (éd.), Aufgabenteilung zwischen privaten und öffentlichen Stellen im Sozialwesen, Zürich, p. 14-19.
- Wagner, Antonin, 1987, Finanzierung des Sozialwesens, in: Schweizerische Landeskonferenz für Sozialwesen LAKO (éd.), Handbuch Sozialwesen Schweiz, Zürich: Verlag Pro Juventute, p. 204-212.
- Wagner, Antonin, 1985, Wohlfahrtsstaat Schweiz, Bern: Haupt.
- Wagner, Antonin, 1985a, L'évolution du budget social de la Suisse, in: Revue Française des Affaires Sociales, 1985/4, p. 39-58.
- Wagner, Antonin, 1983, Die sogenannten Grenzen des Wohlfahrtsstaates und ihre Bedeutung für die soziale Arbeit, in: Sylvia Staub-Bernasconi, Christine von Passavant et Antonin Wagner (éd.), Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Bern/Stuttgart: Haupt.
- Wasserfallen, François, 1992, La prévention du sida ou la complémentarité des différences, in: Elena Gottraux-Biancardi (éd.), Air pur, eau claire, préservatif, Lausanne: Editions d'en bas, p. 161-169.
- Weber, Max, 1973, Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher Erkenntnis, in: Max Weber, Soziologie, Universalwissenschaftliche Analysen, Politik, Stuttgart: Kröner, p. 186-262.
- Weisbrod, Burton A., 1988, The Nonprofit Economy, Cambridge: Harvard University Press.
- Wellings, Kaye, 1988, Perceptions of Risk - Media Treatment of AIDS, in: Peter Aggleton et Hilary Homans (éd.), Social Aspects of AIDS, London: The Falmer Press, p. 83-105.
- Werder, Hans, 1979, Das politische System der Schweiz - eine Skizze seiner Funktionsweise, in: Wolf Linder, Beat Hotz et Hans Werder (ed.), Planung in der schweizerischen Demokratie, Bern/Stuttgart: Haupt, p. 32-52.
- Widdus, Roy, André Mehens et Roger Short, 1990, Management of Risk in Sexually Transmitted Diseases, in: Daedalus, vol. 199/4, p. 177-191.
- Williamson, Oliver E., 1986, The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting, New York: The Free Press.
- Willke, Helmut, 1992, Ironie des Staates, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Willke, Helmut, 1991, Trois types de structures juridiques: programmes conditionnels, programmes finalisés et programmes relationnels, in: Charles-Albert Morand (éd.), L'Etat propulsif. Contribution à l'étude des instruments d'action de l'Etat, Paris: Publisud, p. 65-94.
- Willke, Helmut, 1991a, Le droit comme instrument de guidage néo-mercantiliste de l'Etat, in: Charles-Albert Morand, L'Etat propulsif, Paris: Publisud.
- Willke, Helmut, 1984, Gesellschaftssteuierung, in: Manfred Glagow (éd.), Gesellschaftssteuierung zwischen Korporatismus und Subsidiarität, Bielefeld: AJZ, p. 29-53.
- Willke, Helmut, 1983, Entzauberung des Staates. Überlegung zu einer sozietaalen Steuerungstheorie, Koenigstein Ts.: Athenäum.
- Wilson, Thomas P., 1982, Qualitative "oder" Quantitative Methoden in der Sozialforschung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34, p. 487-508.
- Zurbrügg, Christoph, 1976, Die schweizerische Alkoholpolitik. Gesundheits- und fiskalpolitische Aspekte, Bern/Stuttgart: Haupt.

## Documents

- Aids Info Docu et Schweizer Klub der Wissenschaftsjournalisten, 1990, Aids-Vademecum, Berne.
- Aids-Infothek, 1991/4.
- Aids-Kommission des Kantons Zürich, 1988, Aids-Bericht 1988: Situations-Analyse, Konzepte und Massnahmen, Zürich.
- Aregger, Othmar, Hansruedi Lehmann et Rolf Weibel, 1984, 60 Jahre Schweizerischer Verband von Fachleuten für Alkoholgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe (1920-1980). Von einer Helferschaft zu einem Berufs- und Fachverband. Eine Dokumentation, Luzern: VSFA.
- Bernischer Verband für Suchtfragen, 1990, Jahresbericht.
- Botschaft vom 12. März 1990 zum Bundesbeschluss über Leistungen des Bundes an HIV-infizierte Hämophile und Bluttransfusionsempfänger.
- Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, 1992, Surveillance du sida en Europe, rapport trimestriel no 33.
- Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, 1990, Aspects économiques de la maladie d'immunodéficience SIDA, in: Vie économique, no. 3, p. 25-29.
- Dekret über die Bekämpfung des Alkoholismus (Änderung) vom 21 November 1989.
- Eidgenössische Finanzverwaltung, 1988, Öffentliche Finanzen der Schweiz, Bern.
- Gesetz über die Fürsorge für Alkoholranke vom 11. Mai 1954 des Kantons Luzern.
- Hohl, Bruno, 1990, Kurzbericht. Kontakt- und Anlaufstellen für DrogengebraucherInnen, Pilotphase 1988-1990, Sozialamt der Stadt Zürich.
- Hornung, R., W. Fuchs, K. Alvo, A. Studer, L. Pfister, C. Bossy et P. Grob, 1990, Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen Aids für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS): Ergebnisse und Erfahrungen des ersten Betriebsjahres 1989, Zürich.
- Imhof, Edith, 1989, Campagne anti-sida dans les écoles. Moyens utilisés, directives, Genève: CESDOC - Centre suisse de documentation en matière d'enseignement et d'éducation.
- ISH - Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux, 1988, Sida: vue d'ensemble sur les mesures prises par la Confédération, les cantons et les institutions privées, Aarau: ISH.
- ISPA - Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, 1989, Liste d'adresses: Institutions et organisations suisses de traitement et de prophylaxie des problèmes liés à l'alcool, Lausanne.
- Kantonaler Abstinenterverband Zürich, 1990, Jahresbericht 1990.
- Loi du 12 décembre 1949 sur le traitement des alcooliques.
- Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP).
- Loi du 5 février 1941 sur l'internement des alcooliques.
- Moser, Silvia - Aids Info Docu, 1990, Organisations-Infrastruktur der Aids-Bekämpfung in der Schweiz, texte présenté lors de la "Sitzung der Interdepartementale Arbeitsgruppe für Aids-Fragen", 6 février 1990, Amtshaus Bern.
- Muster, Eduard, 1983, Entrée en vigueur des nouvelles prescriptions de la loi sur l'alcool,

- in: Drogalcool, no. 1, p. 48-50.
- Muster, Eduard, 1981, La Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool - un instrument de la politique de l'alcool, in: Drogalcool, no. 3, p. 51-54.
- OFSP, 1990, Stratégie de prévention du sida par la Confédération: Discussion dans les cantons et la Principauté de Liechtenstein.
- OFSP, 1989, Rapport sur les problèmes liés à l'alcool, Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP et Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, 1991, Le SIDA en Suisse - 1991. Situation actuelle, mesures prises, perspectives et recommandations jusqu'en 1993, rapport de l'Office fédéral de la santé publique et de la Commission pour les problèmes liés au SIDA.
- OFSP et Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA, 1989, Le SIDA en Suisse. L'épidémie, ses conséquences et les mesures prises, rapport de l'Office fédéral de la santé publique et de la Commission pour les problèmes liés au SIDA, deuxième édition.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique, Division de médecine, Section de l'épidémiologie médicale, 1993, Aperçu général de l'épidémie de VIH et de sida en Suisse jusqu'à la fin 1992, In: Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique, no. 2, 25.1.1993, p. 18-26.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique, Division de médecine, Section de l'épidémiologie médicale, 1991, Contribution de la surveillance active à la déclaration des cas de sida en Suisse, in: Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique, no 8, 4.3.1991, p. 114-116.
- OMS - Organisation mondiale de la santé, Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance, 1952, Série de rapports techniques, no. 312, Genève: OMS.
- Parolini, M. et E. Bernhardt, 1991, AIDS-Report, Schweizerische Bankgesellschaft, Broker Research/Schweiz, juillet 1991.
- Protokoll des Stadtrates von Zürich vom 13. November 1991
- Régie fédérale des alcools, 1990, 93e rapport sur la part des cantons au bénéfice net de la Régie fédérale des alcools (dîme de l'alcool), Berne 11 juin 1990.
- Règlement du 20 août 1986 sur la lutte contre l'alcoolisme, 1986,
- RFA - Régie fédérale des alcools (Eidgenössische Alkoholverwaltung), 1991, Geschäftsbericht und Rechnung der Alkoholverwaltung für das Geschäftsjahr 1990/1991.
- SAKRAM/CIRSA, 1990, Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige der deutschen Schweiz - Institutions Romandes Spécialisées en Alcoologie, Lausanne 1990.
- Schönbächler, Ruedi, 1985, Quel équipement pour les alcooliques à Genève? Rapport à l'intention de Monsieur Jaques Vernet, Conseiller d'Etat, Chef du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé Publique du Canton de Genève.
- Schulthess, A. v., 1979, Einhundertfünfzig Jahre Gemeinnützigkeit. Geschichte der Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Zürich, Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Zürich.
- Spring, Stefan, 1988, Sida: pas de ségrégation pour les personnes atteintes, in: Pro Juventute Info, no. 6/1988.
- Verband bernischer Fürsorgestellen und Heilstätten für Alkoholranke, 1981, Jahresbericht 1981.
- Verordnung über die Kantonale Kommission zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs vom 30 Mai 1990.

ZEWO - Zentralstelle für Wohlfahrtsunternehmen, 1991, Gemeinnützige Institutionen in der Schweiz - Institutions d'Utilité Publique en Suisse, Zürich: Orell Füssli.