
Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux

Addiction and the pathologisation of existence: Some psychosocial issues

Amnon Jacob Suissa¹

École de travail social
Université du Québec à Montréal
CP 8888 - Succursale Centre-Ville
Montréal, Québec, H3C 3P8
Courriel : suissa.amnon@uqam.ca

Résumé : Nous assistons de plus en plus à une tendance sociale où la pathologisation des comportements liés aux addictions est une avenue privilégiée dans les modalités de gestion et de contrôle social. Quels sont les repères qui permettent d'expliquer les passages d'une condition sociale et des comportements d'addiction à un statut de maladie et de pathologie ? Y a-t-il des bases scientifiques à ce discours qui permettent l'actualisation de ces conditions pour les rendre plus acceptables, voire plus désirables au plan social ? À partir d'une revue de littérature, cet article souhaite analyser la tendance actuelle à la médicalisation en général, et le champ des addictions en particulier. À cette fin, quatre aspects seront mis en relief :

¹ Cet article fait suite à une communication de son auteur au cours d'une journée de la SERT (19 mai 2008, à Marmottan, Paris) et aux 29^{es} Journées de l'ANITeA (12 et 13 juin 2008, à Nîmes).

1. *un essai de définition et une contextualisation du processus de médicalisation,*
2. *une analyse du concept de dépendance comme étant au cœur du débat dans le processus de médicalisation du social,*
3. *un clin d'œil au rôle idéologique des mouvements d'entraide anonymes fondés sur les 12 étapes comme espace de socialisation de « la maladie des addictions »,*
4. *une réflexion sur les pistes d'intervention visant le développement du pouvoir d'agir des personnes et de leurs réseaux.*

Abstract: Pathologising addictive behaviours is increasingly used as a method of social management and control. What are the markers that allow to explain the passage from a social position and addictive behaviours to a position of disease and pathology? Are there scientific bases that allow the discourse on pathologisation to make such behaviours more acceptable, or even more socially desirable? Based on a review of the literature, this paper analyses the present social trend toward medicalisation in general and in the field of addiction in particular. To that end, four issues are reviewed:

1. *an attempt to define and contextualise the medicalisation process,*
2. *an analysis of the addiction concept as a multifactor phenomenon,*
3. *the ideological role of the 12-steps philosophy in the pathologisation of addictive behaviours,*
4. *some paths of intervention and empowerment are suggested.*

Mots clés : addiction, représentation sociale, maladie, dépendance physique, psychosociologie, contrôle social, intervention, travail social.

Keywords: addiction, social representation, illness, physical dependence, psychosociology, social control, intervention, social work.

Introduction

Alors que Freud parlait au siècle dernier de *Malaise dans la civilisation* (Freud, 1929), aujourd'hui on peut se demander si le XXI^e siècle ne cache pas un malaise de civilisation plus profond, mondialisation oblige. Mondialisation, car la globalisation économique, politique et sociale exerce des pressions de concurrence et de performance hors du commun sur

l'ensemble de la planète et des pays. Selon Saul (2006) et Chossudovsky (1998), l'impact de cette globalisation produit certains effets pervers sur les conditions sociales et économiques des citoyens à travers le monde, en particulier une augmentation importante de la pauvreté. Dans son essai intitulé *Un autre monde : contre le fanatisme du marché*, Stiglitz (2006), qui se définit comme un défenseur lucide d'une mondialisation plus démocratique, dénonce non pas l'idée de la mondialisation en soi, mais la façon dont elle a été mise en œuvre. Ne répondant pas aux préoccupations réelles des pays en développement, Stiglitz préconise une démocratisation urgente du processus de partage pour éviter la mondialisation grandissante de la pauvreté.

Pourquoi parler de mondialisation de la pauvreté dans un article qui traite des addictions ² ? La réponse est que c'est justement ce contexte de pauvreté et de contraintes qui génère principalement des conditions propices aux addictions, toutes catégories confondues. Autrement dit, devant la somme des contraintes qui dépassent la capacité d'adaptation des individus et de leurs réseaux familiaux et sociaux, les recours aux addictions deviennent pour beaucoup des stratégies de survie et des mécanismes pour garder un certain équilibre psychosocial.

Dans cette même veine, Gori et Volgo (2005) dans leur essai *La santé totalitaire*, dénoncent le consumérisme à outrance et le processus de fragilisation que cela provoque. Ils concluent que « le manque d'être a tendance à se transformer en manque d'avoir ». Cette hypothèse est largement appuyée par l'augmentation significative du taux d'endettement des citoyens et de délinquance sur les cartes de crédit à travers le monde (Dupaul, 2008). D'ailleurs, les réunions inspirées de la philosophie des Alcooliques Anonymes de groupes appelés les *Endettés Anonymes* aux États-Unis sont en forte augmentation.

Le philosophe Tinland (2005) enrichit ce point de vue en soulignant que, lorsque l'individu ne produit plus de plus-value pour la collectivité, il y a alors ce qu'il appelle la part maudite de l'être humain qui se transforme en une pathologie à normaliser, voire à médicaliser. C'est dans cette dynamique relationnelle individu/objet d'addiction/contexte social que se transige la construction de l'addict en devenir via le processus de pathologisation et/ou de médicalisation de sa condition.

2. Alors qu'au Canada l'usage du terme « dépendance » est privilégié, en France, c'est plutôt le terme « addiction ». Dans cet article, nous utiliserons ces deux termes pour souligner le même phénomène compris comme un processus multifactoriel.

Le concept de médicalisation : essai de définition et contexte

Selon Zola (1983, p. 295), le concept de médicalisation est « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'emprise, l'influence et la supervision de la médecine ». D'autres chercheurs désignent la médicalisation comme un processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux, principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques (Saint-Germain, 2005 ; Saint-Onge, 2005 ; Beaulieu, 2005 ; Cohen et Breggin, 1999 ; Conrad, 1995). Selon ces chercheurs, certains facteurs contextuels ont favorisé l'apparition de la médicalisation comme mode de gestion des problèmes sociaux. Parmi ceux-ci, notons un certain déclin de la religion, une foi inébranlable dans la science, l'individualisme grandissant, un affaiblissement des liens sociaux, la rationalité et le progrès et enfin, le pouvoir et le prestige accrus de la profession médicale.

En ce qui a trait à l'histoire de la médecine et de son rôle central dans la médicalisation des comportements, Di Vittorio (2005) nous rappelle que la professionnalisation des médecins s'est produite dans le cadre d'une politique de santé publique au moment où se posait l'exigence d'un appareil technique de gestion du corps social. Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, Di Vittorio, démontre qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir « médico-administratif » de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation ou, comme dirait Castel (1983), de contrôle social de comportements indésirables.

Gori et Volgo (2005) n'hésitent pas à utiliser le terme de « pathologisation de l'existence », où la médecine prend le relais, via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne. On peut penser à la médicalisation au moyen de la pilule du bonheur comme modalité de contrôle social pour gérer des groupes sociaux ayant un pouvoir moindre dans la société. Pensons aux aînés qui consomment plus de six médicaments en moyenne par jour (Pérodeau *et al.*, 2005) ou aux adolescents avec le Ritalin® (Lloyd, Stead & Cohen, 2006).

L'exemple de la médicalisation des jeunes et des adolescents constitue un enjeu de taille pour le futur de notre société dans la mesure où les psychotropes – dans la majorité des cas, les psychostimulants – sont devenus très populaires pour traiter les enfants avec des problèmes de manque d'attention, d'humeur ou de comportement. Avec l'arrivée de nouvelles

classes de psychotropes, en particulier les SSRIs (*selective serotonin reuptake inhibitors*), on retrouve près de 4 % des enfants au Canada, soit plus de 300 000 jeunes, qui se retrouvent sur la liste des clients à médicaliser (Kluger, 2004). En Angleterre, les prescriptions pour le déficit d'attention des jeunes sont passées de 6 000 en 1994 à 458 200 en 2004, soit la plus grande augmentation jamais enregistrée dans le monde (*Prescription cost analysis*, 2005). Une dernière étude révèle que la prescription de médicaments pour contrer l'insomnie des enfants âgés de 10 à 19 ans a grimpé de plus de 85 %, dans certains cas, pour contrer les effets secondaires du Ritalin® (Macdonald, 2006). Certains psychiatres et chercheurs questionnent l'usage abusif de médicaments psychotropes par des jeunes en soulignant que ces pratiques dépassent nos connaissances réelles et se demandent si nous ne sommes pas en train d'expérimenter ces substances sur ces enfants (Breggin, 2002 ; Lloyd, Stead & Cohen, 2006).

Parmi les chercheurs qui ont attiré l'attention sur le phénomène de la médicalisation comme forme de contrôle social, nous pouvons également nommer Parsons (1951), Friedson (1970) et Zola (1972). Selon Conrad & Schneider (1980) et Conrad (1995), il faut éviter de limiter la médicalisation à l'application d'un niveau unique de contrôle car le processus s'actualise selon trois niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel.

- 1) *Conceptuel* sous la forme d'un discours et de l'adoption d'une idéologie qui renforce son acceptation sociale. À titre d'exemple, on peut penser au rôle complémentaire de la philosophie des mouvements anonymes d'entraide, qui permet une socialisation et une plus grande acceptation de l'idéologie de la maladie dans le champ des dépendances (Peele, Bufe & Brodsky, 2000 ; Ragge, 1998). Par idéologie de la maladie, il faut entendre l'application de normes telles que : la dépendance est une maladie primaire, voire irréversible (une fois alcoolique / toujours alcoolique), la personne dépendante est impuissante et en perte de contrôle devant l'objet de sa dépendance, seule l'abstinence pourra le sauver, la croyance en un être supérieur Dieu, etc.
- 2) *Institutionnel* au niveau du rôle des médecins dans les organismes et la gestion des problèmes psychosociaux. Dans le cas des dépendances, le médecin doit généralement statuer que les problèmes des personnes souffrant d'abus de substances ou de comportements compulsifs constituent effectivement des maladies pour valider le processus de compensations des employés (Polomeni, Bry & Célérier, 2005). Mentionnons également les cas de collaboration médicale avec les programmes d'aide aux employés dans les organisations,

ainsi que le filtrage des consommateurs de psychotropes en milieu de travail et d'identification des cas de sida.

- 3) *Interactionnel* au niveau de la médicalisation du rapport plus privé dans la relation médecin-patient. Un des exemples est celui de la prescription disproportionnée de tranquillisants auprès des femmes. Selon Fainzag (2005) et Zarifian (1995), les femmes constituent un groupe social plus vulnérable dans le processus de médicalisation.

Loin d'être une donnée naturelle de notre existence, le recours à la médicalisation est une modalité de contrôle social qui s'inscrit dans une dynamique de rapports sociaux de pouvoir où évoluent des individus et des groupes ayant des intérêts divergents. Les travaux de Horwitz (1990 ; 2002) sur les styles de contrôle social de la santé mentale (Lloyd, Stead & Cohen, 2006), sur la médicalisation des comportements des jeunes (Beaulieu, 2005), sur les diverses modalités de contrôle social selon Michel Foucault, et les études classiques des sociologues Conrad et Schneider (1980) sur la médicalisation des déviances et des dépendances, illustrent bien cette dynamique constructiviste de plusieurs problèmes sociaux qui se retrouvent sous l'emprise de la médicalisation.

Bien que le processus de médicalisation s'applique à l'ensemble des groupes sociaux, les citoyens plus exclus au plan social se retrouvent plus sujets à des médicalisations des comportements, car plus visibles et reconnus comme moins désirables dans l'espace social public (Lloyd, Stead & Cohen, 2006 ; Beaulieu, 2005). Le cas des personnes toxicomanes exclues en contexte de sida et de toxicomanies est un bel exemple de cette médicalisation du social.

Inquiètes par une épidémie potentielle du sida et d'hépatite C, les instances de la santé publique ont opté pour une approche de réduction des méfaits (Suissa, 2007). Les échanges de seringues, les traitements des hépatites, les cliniques spécialisées offrant l'héroïne sous supervision médicale, sont combinés à la fourniture de médicaments de substitution de psychotropes opiacés tels que la buprénorphine (Subutex®) et la méthadone. Les études faites dans ce domaine par Morissette *et al.* (2006) ainsi que par Roy *et al.* (2003) illustrent bien ces pratiques qui s'inscrivent à l'intérieur d'une réponse de santé publique essentiellement médicale à un problème social. Problème social, car ces modalités de médicalisation gèrent en fait, et surtout, la *distanciation sociale* des populations comprises comme étant déviantes avec des *liens sociaux faibles* et donc plus difficiles à intégrer au plan social. La médicalisation des dépendances occupe donc une place prépondérante comme modalité de contrôle social (Pharo, 2006), et nous assistons à ce que Saint-Onge (2005)

nomme l'émergence d'un « junkie d'ordre nouveau » qui peut être médicalisé sans déranger l'ordre social.

À la lumière de ces observations, on peut dire que deux domaines importants constituent les cibles privilégiées dans le processus de la médicalisation. Le premier est celui qu'on pourrait appeler le contrôle social médical des événements normaux de la vie : naissance, adolescence, infertilité, ménopause, menstruations, mort, etc. ; le second est plutôt rattaché à la gestion de certains comportements ou problèmes considérés comme déviants et indésirables dont les addictions font partie.

Le concept de dépendance : le cœur du débat

Au plan historique, la définition même du terme « dépendance » a constitué un terrain propice à de multiples interprétations et controverses (Room, 1995). Selon ce chercheur reconnu mondialement, les changements fréquents dans les définitions de la dépendance durant les années 1960 et 1970 sont à comprendre comme un ajustement de l'*Establishment* médical à une série d'articles sociologiques critiquant le concept de maladie. En exemple de ces changements, l'Association Américaine de Psychiatrie, la Classification internationale des maladies (*International Classification of Diseases*) et le *Manuel Diagnostique et Statistique* (DSM-III) adoptent, en 1980, le terme de « dépendance » en substitut à « alcoolisme » et « toxicomanie ». Ces variantes dans la définition de ce qu'est une dépendance reflètent concrètement l'évolution d'ajustements au contexte social, économique, culturel et politique et les rapports de force en présence.

La sociologie des professions nous enseigne également que chaque formation sociale aura sa propre version du concept de dépendance. Les pharmaciens auront tendance à comprendre le phénomène comme une suite de réactions aux substances et de la tolérance croissante du corps au produit, les physiologistes comme un dysfonctionnement des organes et du métabolisme, les généticiens comme une carence d'un gène spécifique, les psychiatres comme un désordre biomédical ou une carence neurochimique, les psychologues comme un symptôme de problèmes sous-jacents ou d'estime de soi, les sociologues comme une réaction au processus de régulation sociale et des contraintes inhérentes aux rapports sociaux, etc. Devant cette panoplie de versions possibles qui illustrent la dimension multifactorielle plutôt qu'unidimensionnelle de la dépendance, le modèle fondé sur la pathologie continue de jouer un rôle prépondérant dans le discours qui associe dépendance et maladie.

Dans la mesure où la conception et la définition d'un phénomène ont un impact direct sur sa compréhension ainsi que sur les types de services et de traitements à privilégier, la définition du terme « addiction » représente un enjeu crucial autant sur le plan scientifique que social. Selon le statut qu'on occupe dans la hiérarchie du pouvoir et les intérêts en jeu dans les rapports sociaux, le choix de la définition du terme « addiction » variera fortement d'une période historique donnée à une autre et des contextes sociaux et culturels en question (Conrad & Schneider, 1980 ; Peele, 2004). Certains chercheurs et cliniciens verront cette question en termes moraux, d'autres en termes biomédicaux, culturels ou psychosociaux.

Rappelons qu'au plan étymologique le terme « maladie » prend sa racine dans le « mal à dire », c'est-à-dire l'incapacité de nommer ses souffrances. Il en est de même avec l'origine du terme *disease* en anglais qui comprend *dis*, c'est-à-dire le *mal*, et *ease* provenant du français *aise*, soit *malaise* et *disease*. Bien que le concept de maladie ait été plus associé à l'alcoolisme au plan historique, le discours dominant dans le champ des dépendances s'appuie fondamentalement sur les quatre arguments classiques de Jellinek (1960) qui forment la pierre angulaire du discours associant dépendance à maladie, soit les caractéristiques de prédisposition, l'aspect progressif de la maladie, la perte de contrôle et enfin l'abstinence.

Quant à l'hypothèse voulant que l'addiction constitue un processus en progression à travers des étapes bien identifiables, la démonstration est loin d'être convaincante, et ce, pour les raisons suivantes. La plupart des personnes souffrant de ces dépendances ont utilisé cette substance ou cette activité *d'une manière réactive*, soit comme une stratégie d'équilibre devant un événement stressant de la vie (Peele, 2004 ; Valleur & Matysiak, 2003 ; Castellani, 2000). Ainsi compris, on peut se demander si la notion de processus progressif et inexorable ne relève pas d'une vision déterministe qui efface le potentiel des êtres humains à changer ou à adopter tel ou tel comportement.

Pour ce qui est de la notion de perte de contrôle, elle est fort controversée car elle fonde l'idée que, si un dépendant abstinent reprend ses psychotropes ou ses activités, il ne pourra alors s'arrêter. Au plan scientifique, les résultats montrent, au contraire, que les personnes peuvent exercer un certain contrôle sur leurs consommations ou réduire la fréquence et l'intensité de leurs activités addictives (Peele, 2004 ; Sobell, 2002a ; Hodgins *et al.*, 2002).

En ce concerne l'abstinence, et bien qu'elle soit désirable quand on intervient auprès des personnes dépendantes, elle peut constituer un véritable obstacle quand elle est imposée comme une condition préalable au

traitement. Soutenir que la rechute potentielle est le résultat direct d'un problème d'abstinence permet d'évacuer l'intentionnalité et les choix multiples des personnes dans le processus de décision alors qu'ils représentent justement la pierre angulaire du changement personnel et social.

Si plusieurs facteurs peuvent être en corrélation pour nous expliquer la nature de la dépendance (discours axé sur la pathologie, impératifs économiques, promotion et socialisation de l'idéologie par les mouvements d'entraide anonymes, réalités culturelles, etc.), ces mêmes facteurs, pris séparément, ne peuvent expliquer entièrement la complexité du phénomène. En complémentarité à ces propos, Peele (2001 ; 2004) enrichit cet essai de définition en l'encadrant plus comme une manière de vivre, une façon de faire face au monde et à soi-même, *un style de vie*. Tout en dénonçant l'emprise du modèle médical et la vision déterministe associée aux comportements de dépendance, Peele soutient que la société est le principal mécanisme de production des addictions en émergence. À ce titre, on peut penser à l'éclosion vertigineuse des casinos en Amérique du Nord et à travers le monde, à l'emprise des grandes corporations d'alcool ou de tabac, au rôle des institutions privées et publiques dans le renforcement de la médicalisation, à la socialisation des mouvements anonymes d'entraide et à leur philosophie appliquée à de plus en plus de comportements à médicaliser. De ce point de vue, le phénomène de la dépendance nous permet de le situer non pas comme un problème rattaché uniquement à la personne, mais bien comme un problème psychosocial (Valleur & Matysiak, 2003 ; Perkinson, 2003).

À la lumière de ce survol, nous remarquons que, malgré le nombre impressionnant de recherches sur les addictions, le regard dominant porté sur elles passe principalement par la pathologie tout en mettant en veilleuse les facteurs macro-contextuels explicatifs de nature politique, historique, culturelle et psychosociale dans la construction d'un tel discours. En fait, si la pathologie/maladie de l'addiction existait, les personnes aux prises avec ces problèmes devraient manifester un syndrome distinct. Or les études révèlent que différentes personnes développent différents types de problèmes, mais que le nombre et la sévérité de ces dits problèmes s'effectuent dans un continuum plutôt que de former des profils distincts de dépendants *versus* des non-dépendants. Une des meilleures preuves scientifiques à cet effet est l'étude classique de Robin (1974), qui s'appuie sur un échantillon de près de cent mille soldats américains revenus de la guerre du Vietnam. Ces derniers, intoxiqués en majeure partie à l'héroïne, sont revenus dans leur environnement connu aux États-Unis et à proximité de ceux qu'ils aimaient le plus (famille, amis, proches, etc.). Trois mois après leur retour, les symptômes de sevrage à cette

substance, pourtant connue pour ses effets nocifs, avaient disparu auprès de 75 % d'entre eux. Que conclure de ces résultats qui démontrent sans aucun doute que la version physiologique des addictions, bien que très utile pour comprendre certaines informations, ne peut nous expliquer la capacité des individus à développer des stratégies autres en ayant recours à leurs valeurs et à leurs compétences souvent cachées.

Du concept de pathologie/maladie

Si le paradigme médical qui prône la pathologie et la maladie des addictions s'appuie sur des principes comme la perte de l'homéostasie, un mal physique qui serait mesurable, la question qu'on peut se poser est : dans quelle mesure un comportement comme l'addiction constitue une maladie, une pathologie ? Peut-on évacuer les enjeux de l'intentionnalité et des choix des personnes et de la réaction sociale à ces comportements plus ou moins désirables ? À ces questions, et comme nous l'avons souligné en introduction, la majeure partie des problèmes d'addiction se construisent en *réaction à des conditions de stress* : relation individu/addiction/activité/contexte social.

L'approche psychosociale développée dans les recherches et études de Peele ont contribué, depuis plus de 30 ans, à mieux cerner les motivations réelles dans le développement du cycle de la dépendance. La multiplicité des types de dépendances, qu'il s'agisse de la dépendance à l'amour, aux psychotropes, au travail, à la nourriture, au jeu ou à la thérapie, nous permet de considérer le phénomène dans une dimension, une réalité plus globale. En incluant les dimensions physiques, psychologiques et personnelles à chaque individu, et en insistant sur les motivations relationnelles aux substances ou à des activités dans un contexte social donné, il est clairement démontré que la dépendance est loin d'être une fatalité d'ordre physiologique, génétique ou hormonale. La devise de la perspective psychosociale peut, jusqu'à un certain point, être résumée à ceci : « Ne devient pas addict/dépendant/toxicomane qui veut, certaines conditions psychosociales contribuent à créer et à maintenir l'addiction. »

Dans cette logique, la dépendance s'inscrit plus dans un continuum, c'est-à-dire comme le produit d'une réalité changeante, non d'une réalité en noir et blanc. Autrement dit, une personne peut être plus sujet à la dépendance à un moment précis de sa vie où elle se sent particulièrement vulnérable ou impuissante. Ainsi, des personnes qui ne consomment pas de psychotropes dans certaines situations, peuvent être attirées par ces mêmes produits en d'autres circonstances. Par exemple, un individu ne

consommer pas d'alcool dans le cadre de son travail, mais peut en sur-consommer dès qu'il regagne son domicile familial, celui-ci pouvant être synonyme de stress ou de grandes difficultés.

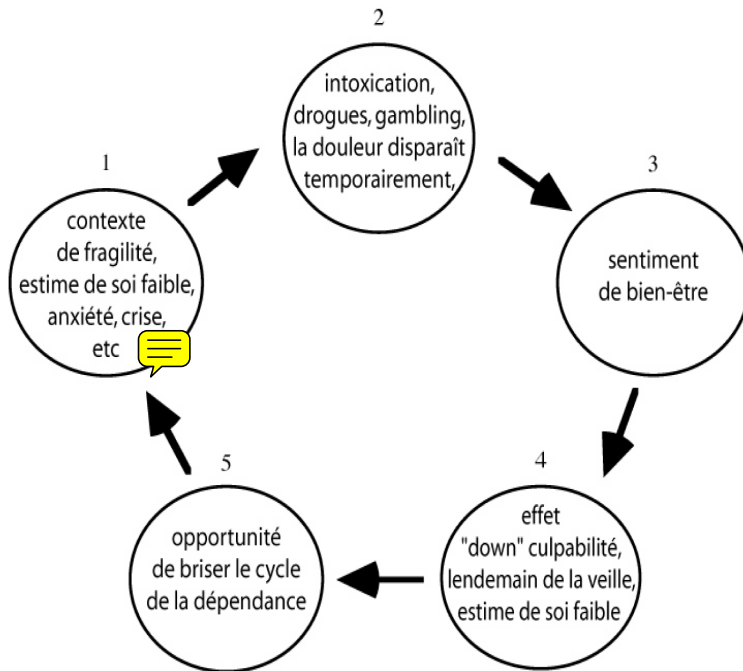
Une facette importante de la dépendance repose sur le fait qu'elle détourne la personne de ses autres centres d'intérêt et de satisfaction. En se concentrant graduellement sur une activité ou sur une substance, comme l'abus de tabac, d'alcool, de nourriture ou de travail, l'individu se retrouve à consacrer de plus en plus de temps à cette activité ou substance, et à délaisser simultanément d'autres centres d'intérêt. Il faut donc comprendre les dépendances comme servant à combler des vides dans la vie de l'individu, à remplir des temps morts. Cette démarche peut aller jusqu'à entraîner la concentration quasi exclusive de la personne sur l'objet de la dépendance. Qu'est-ce qui fait qu'une personne peut consommer ou s'adonner à une activité donnée sans développer une dépendance, alors qu'une autre développera une dépendance ?

À cette question, les raisons et les motivations marquant la relation aux substances/activités représentent des explications de premier ordre. Ainsi, si la motivation première renvoie à des raisons de plaisir (anniversaire, fêter un événement heureux, réussite d'un projet, réunion familiale, etc.), la tendance à la dépendance sera faible, voire inexistante. À l'opposé, si un individu consomme pour des motifs négatifs (angoisse, peine, culpabilité, malaise, faible estime de soi, stress, etc.), il a plus de chances d'être assujéti à cette activité et ouvrira les portes au cycle de la dépendance.

Un autre facteur dans l'installation de la dépendance est celui de l'incapacité de la personne dépendante à choisir. Pris dans un circuit qui produit une anesthésie des sentiments désagréables en les remplaçant par des sentiments de plaisir créés artificiellement, l'individu dépendant participe à une construction d'une illusion de plaisir qui justifiera, à son tour, la reprise de la substance ou de l'activité en question. C'est ainsi que le cycle de la dépendance devient fonctionnel puisqu'il répond aux sentiments négatifs par une alternative, temporaire et artificielle, mais source de plaisir quand même puisqu'elle réduit la douleur. Le cycle de l'addiction ou de l'assuétude, tel que vulgarisé par le psychologue social de Columbia University Stanton Peele, permet de mieux visualiser cette dynamique dans la construction du système d'addiction.

À la lecture de ce cycle, nous remarquons que la phase 1 est caractérisée par des sentiments négatifs, suivie de la phase 2 où la personne décide de « geler » ses émotions en s'intoxiquant. Cette intoxication permet, en phase 3, la création d'un sentiment momentané de bien-être et la disparition

**Le cycle de la dépendance adapté par Amnon J. Suissa
d'après les travaux de Peele**



de la douleur ressentie. Quant à la phase 4, elle confronte à nouveau la personne aux sentiments de base de la phase 1, soit la culpabilité et la faible estime de soi. La phase 5 constitue l'opportunité de briser ou de continuer ce cycle. La totalité des personnes dépendantes demandent de l'aide durant cette phase, et non durant la phase de l'intoxication (2) ou de sentiments de bien-être (3).

**La philosophie des mouvements d'entraide anonymes :
une idéologie relais dans la médicalisation
des dépendances**

Même si les mouvements d'entraide anonymes sont parfois considérés comme des espaces de réduction des méfaits, il n'en demeure pas moins que leur discours s'appuie sur une certaine idéologie qui prône la médicalisation. Allergie, maladie progressive de la volonté, des humeurs, perte de contrôle ou désordre d'impulsion, cet étiquetage opère sur les individus et leur milieu une déculpabilisation morale et sociale de leurs

gestes tout en leur offrant un espace de solidarité sociale, d'écoute, d'absence de jugement et d'entraide mutuelle (Peele, Bufe & Brodsky, 2000 ; Ragge, 1998). Ces effets considérés comme positifs *a priori*, placent simultanément les membres anonymes dans une trajectoire sociale particulière. Par particulière, il faut entendre une certaine déresponsabilisation des gestes de l'individu au nom de la maladie et ce, même s'il a été abstinent durant plusieurs années. De plus, cet étiquetage s'applique généralement aux membres de la famille, communément appelés les co-dépendants. Ces derniers doivent adhérer aux principes sous-jacents du mouvement : la dépendance est d'origine biologique, le dépendant doit reconnaître qu'il a une maladie, il doit se livrer à un pouvoir plus puissant (Dieu), l'expert en traitement est un ex-dépendant, etc.

Un autre effet de cette idéologie est l'application de plus en plus répandue de cet étiquetage à plusieurs comportements considérés comme maladies : joueurs invétérés, divorcés, obèses, dépressifs, acheteurs, dépendants affectifs ou amoureux, enfants adultes d'alcooliques, narcomanes, endettés, etc. Nous assistons alors à une socialisation des étiquetages qui militent à l'encontre des potentiels de changement personnel et social.

Ce qui est frappant avec ce mouvement, c'est qu'il réussit à créer des liens relativement importants en incluant les membres et en brisant leur isolement social, mais il les exclut simultanément de la sphère plus large de la socialisation en les étiquetant de malades à vie. Cette « différenciation sociale et adaptation secondaire » (Spector, 1972), entre malades et les autres, produit deux résultats majeurs. D'un côté, on assiste à une forte solidarité sociale soudée par les principes sous-jacents au discours de la maladie. Dans ce cas, c'est la solidarité qui reproduit le contrôle social thérapeutique et non le contraire. De l'autre, il y a une exclusion de milliers d'individus étiquetés comme malades sociaux par l'espace social élargi, d'où la nécessité du principe de l'anonymat comme règle de fonctionnement.

Contrairement à l'approche de réduction des méfaits où les personnes sont considérées comme aptes à exercer un certain contrôle (Suissa, 2007), la philosophie des anonymes, continue à s'opposer au concept d'un certain contrôle potentiel ou possible chez les personnes ayant développé une dépendance. En fait, l'abstinence constitue une condition indispensable au succès de l'individu dans sa démarche de réhabilitation et devient une mesure-étalon du succès ou de l'échec de l'individu et ce, en conformité avec la devise « un jour à la fois » ou « plan des 24 heures » qui permet à la personne dépendante de n'envisager que 24 heures d'abstinence. Un système de reconnaissance de la durée de la période d'absti-

nence est d'ailleurs établi au sein du mouvement afin d'encourager et de récompenser les personnes ayant réussi la plus longue période de sobriété.

Ceci étant, plusieurs interrogations demeurent. Comment prétendre à un transfert de pouvoir et d'autonomie aux personnes souffrant de dépendance quand on les confine simultanément à une condition individuelle et permanente de perte de contrôle pour le restant de leur vie ? Comment peut-on exiger un certain contrôle alors que la première étape des mouvements anonymes soutient justement le contraire, à savoir l'admission de ne pas avoir de contrôle sur sa dépendance ? Où sont passées les forces et les compétences des personnes dans le processus de l'intentionnalité et du changement personnel et social ? À ces questions, plusieurs chercheurs dans le champ des dépendances démontrent, au contraire, que des milliers d'individus à travers le monde réussissent à briser le cycle de la dépendance et ce, sans aucun traitement : c'est ce qu'on appelle la rémission spontanée ou *natural recovery* (Peele, 2004 ; Sobell, 2002a ; Sobell, 2002b ; Toneatto, 2000).

Conclusion et perspectives d'intervention axées sur le pouvoir d'agir

Le phénomène de la médicalisation, voire de la surmédicalisation, constitue une avenue privilégiée dans la gestion des problèmes sociaux générés par les dépendances. Parmi les effets pervers du discours de la médicalisation, il y a l'évacuation de la référence aux aspects psychosociaux et culturels et la tentative de démontrer que la dépendance est une réalité impersonnelle et non discriminatoire, maladie oblige. Dans un article fortement documenté, Maddux (2002) démontre de manière magistrale comment la psychologie a cautionné historiquement la construction sociale de l'idéologie de la maladie. Dans la gestion des « maladies de l'âme », Maddux suggère de nous tourner vers une psychologie dite positive où l'accent est mis sur les compétences et les habiletés plutôt que sur les carences et les déficits. Face à cette poussée de la médicalisation comme forme de contrôle social, la question du lien social est importante car elle constitue un des facteurs principaux dans les modalités de contrôle et des mesures à privilégier.

Au plan culturel, mentionnons les études longitudinales classiques de Georges Vaillant qui démontrent qu'après 30 ans de suivi à Boston auprès d'Américains d'origine irlandaise et italienne, les Irlandais avaient 7 fois plus d'incidence que les Italiens. Ces résultats nous font réaliser qu'on ne peut trouver d'explication valable dans la physiologie et dans le discours qui prône la médicalisation de conditions sociales.

Il en est de même avec les taux d'incidence trop élevés dans le jeu excessif parmi les Asiatiques (Suissa, 2005). En effet, la propension plus élevée au jeu excessif des Asiatiques s'explique, d'une part par le lieu de contrôle externe (*locus of control*) intégré à cette culture et, d'autre part, par la réaction sociale plus désirable dans cette même culture où la destinée et la condition sociale et économique peuvent être modifiées en recourant au hasard. L'attribution de valeurs et de croyances, voire de superstition, aux chiffres tels que le chiffre 8 qui serait porteur de plus de chance car plus proche de prospérité, démontre clairement comment les valeurs et les croyances culturelles d'une société donnée constituent un déterminant structurel central dans la mesure des incidences liées aux addictions. D'ailleurs, la fixation des dates des Jeux Olympiques de 2008 à Pékin a été choisie en fonction de ces valeurs : le 8^e jour du 8^e mois. *A contrario*, le nombre 4 est plus à éviter car il est associé à des croyances/valeurs plus proches de la mort. Enfin, soulignons que la classification chinoise des désordres mentaux (CCMD-2R) est privilégiée et ne s'appuie pas sur les codes et les classifications tels que véhiculés en Occident par le DSM-IV.

Dans une recherche de Bélanger et Suissa (2001) sur la représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux du Québec, les résultats montrent que les mesures préventives préconisées par les intervenants sociaux s'adressent principalement aux populations « jeunesse ». Bien que les intervenants disent privilégier dans leur discours des pratiques d'*empowerment*, ils n'incluent que très rarement les réseaux familiaux, sociaux et communautaires et collaborent paradoxalement avec les mouvements d'entraide anonymes alors qu'ils disent reconnaître les contradictions entre l'*empowerment* et le modèle anonyme. Le modèle dominant – qui conçoit la dépendance comme étant un problème médical individuel plutôt que psychosocial – dépasse le niveau purement conceptuel et pose la question de la participation citoyenne.

En termes de transfert de pouvoir aux citoyens, dans le cas des jeux de hasard et d'argent, par exemple, pourquoi ne pas inclure l'État comme acteur principal des problèmes engendrés par le jeu quand nous sommes en processus de traitement ? On pourrait poser des questions telles que : comment vous sentez-vous comme personne dépossédée de vos biens financiers et familiaux par rapport au casino ? Vous sentez-vous entièrement responsable de votre situation actuelle ? Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose à la situation actuelle au plan social et collectif, que suggèreriez-vous ? Est-il possible de passer d'une approche psychoclinique à une approche psychosociale, et ce, sans le trait d'union entre le psycho et le social ?

En conclusion, la pathologisation de l'existence existe bel et bien car on est passé de 100 conditions à la fin des années 1980 à plus de 300 en 20 ans dans la classification du DSM-IV (tristesse récurrente, tabagisme, vitesse au volant, etc.). Comme la majeure partie des problèmes de dépendances sont issus des réactions comprises comme individuelles aux problèmes sociaux structurels (pauvreté, faiblesse des liens sociaux, contextes sociaux et culturels, etc), ne doit-on pas prendre en compte le contexte social qui a généré ces conditions quand on travaille avec les personnes dépendantes, leurs familles et leurs réseaux ? Peut-on réfléchir à comment mobiliser plus les ressources psychologiques et sociales des personnes dépendantes en s'ajustant avec les réalités concrètes qui leur sont propres, à savoir que l'intervention peut aller de l'abstinence à la réduction des méfaits, à l'usage contrôlé, etc. Le paradigme alternatif à la médicalisation des addictions existe bel et bien (*Alcochoix CLSC Mercier* au Québec, *Smart & rational recovery*, *Women for sobriety*, *Moderation.org* aux États-Unis), et cela permet de travailler davantage avec les compétences et la réappropriation du pouvoir sur soi plutôt que sur les déficits.

Connu pour ses contributions scientifiques dans le monde de l'intervention sociale au plan national et international, Le Bossé dirige le laboratoire de recherche sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités à l'Université Laval au Québec. Par *pouvoir d'agir*, Le Bossé se réfère à l'exercice d'un plus grand contrôle sur sa vie personnelle, de ses proches et de sa collectivité tout en restaurant son statut d'acteur et son rapport à l'action (Le Bossé, 2007). Selon ce chercheur, aider ne veut pas dire soulager et guérir de sa souffrance, voire même dénoncer les causes sous-jacentes, aider devrait plutôt être compris comme s'affranchir de la souffrance.

« Dans s'affranchir, il y a l'idée de franchir un obstacle. Le plus souvent, cet obstacle comprend à la fois des dimensions sociales et personnelles. Il n'est donc plus question d'appréhender les difficultés vécues par les personnes comme des problèmes uniquement psychologiques ou de défaillances d'apprentissage, pas plus qu'il n'est question de considérer toutes les difficultés vécues par les personnes comme le résultat unique d'une injustice sociale » (Le Bossé, 2007).

Dans cette même veine, Le Bossé dénonce la conception binaire dans laquelle les intervenants sociaux sont souvent plongés.

La première est axée sur les carences, c'est-à-dire que si la personne éprouve des difficultés, c'est parce qu'elle est carencée à un ou plusieurs niveaux de sa personnalité, de son fonctionnement, de son apprentissage,

etc. La conception dominante considérant la dépendance comme relevant d'une carence physique, chimique ou intrapsychique, voire d'une maladie, en est un bel exemple.

La deuxième est de nature plus structurelle, à savoir que le changement social doit être principalement structurel afin de renverser la vapeur des systèmes de domination collective. Symptôme de difficultés issues de rapports sociaux, de pouvoir, la personne devrait être alors orientée vers des réseaux de solidarité et d'action sociale afin de réduire les écarts structurels qui alimentent les problèmes sociaux, dont le sien. Dans le cas de groupes de type AA, l'emphase est axée sur le témoignage d'une souffrance personnelle qui, tout en permettant un certain lien social, ne s'attaque pas à la cause des problèmes sociaux sources de dépendance : le pourquoi des choses est banni du champ explicatif.

À ces deux conceptions, Le Bossé propose le développement du pouvoir d'agir (DPA) qui permet justement d'agir sur ce qui est signifiant et important pour la personne. Autrement dit, l'intervention devrait se centrer sur « la création de conditions propices pour que les personnes puissent agir individuellement ou collectivement ». En donnant l'exemple du « ici et maintenant » dans un contexte d'intervention, Le Bossé nous rappelle l'importance d'une certaine flexibilité qui ne devrait pas perdre de vue ce qui est urgent de ce qui l'est moins et de considérer les trois repères suivants :

- 1) Prendre le temps car le problème s'est développé souvent durant une longue période.
- 2) Partager le pouvoir et les expertises.
- 3) Et enfin, collaborer avec les personnes concernées dans une perspective de solution au détriment d'un confinement dans des carences et des problèmes.

En bref, on peut dire que la richesse du concept de dépendance réside justement dans sa globalité à mieux comprendre une variété impressionnante d'activités humaines, y compris celles de la cyberdépendance, des jeux de hasard et d'argent, des usages de psychotropes ou à toutes sortes d'activités pouvant être nuisibles au développement de l'individu et de la société.

Il y a lieu également de ne pas perdre de vue que des milliers de personnes réussissent à briser le cycle de la dépendance ou à réduire leurs activités addictives, et ce, sans être étiquetées de malades à vie. Régulièrement, des citoyens arrêtent de consommer du tabac, réduisent leur consommation d'alcool, perdent du poids, créent des relations amoureuses

et affectives saines, et ce, sans aucune intervention extérieure de quelque groupe ou expert.

La médicalisation associant dépendance à pathologie milite à l'encontre des potentiels humains en anesthésiant le changement et en les étiquetant de malades à vie. Ne pourrait-on pas investir plus dans les forces des réseaux familiaux et sociaux plutôt que d'accepter le verdict « une fois dépendant, toujours dépendant » (Juhnke & Hagedorn, 2006). Peut-on travailler plus avec la personne et son réseau et non sur ses problèmes ?

Bibliographie

- Beaulieu A : *Michel Foucault et le contrôle social* – Québec, Presses de l'Université Laval (2005)
- Bélanger A & Suissa JA : « Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux » – In *Nouvelles Pratiques Sociales*, 14(1) : 132-152 (2001)
- Breggin P : *The stimulant fact book* – Cambridge MA, Perseus Books (2002)
- Castel R : « De la dangérosité au risque » – In *Actes de recherche en sciences sociales*, vol. 47-48 : 119-127 (1983)
- Castellani B : *Pathological gambling: the making of a medical problem* – State University of New York Press (2000)
- Chossudovsky M : *La mondialisation de la pauvreté* – Montréal, Éditions Écosociété (1998)
- Cohen D & Breggin P : *Your drug may be your problem* – New York, Perseus Books (1999)
- Conrad P & Schneider J : *Deviance and medicalization: From badness to sickness* – Philadelphia, Temple University Press (1980)
- Conrad P : « Médicalisation et contrôle social » – In Bouchard L, Cohen D (dir.) : *Médicalisation et contrôle social*, Actes du colloque tenu le 17 mai 1994 à l'Université du Québec à Montréal dans le cadre du 62^e congrès de l'Acfas (Association francophone pour le savoir), *Cahiers scientifiques de l'Acfas* n° 84 : 10-31 (1995)
- Di Vittorio P : « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire » – In Beaulieu Alain (sous la dir.) : *Michel Foucault et le contrôle social*, Presses de l'Université Laval : 91-123 (2005)
- Dupaul R : « Endettés jusqu'aux yeux » – In *La Presse*, Montréal (16 juin 2008)
- Fainzang S : « La relation médecin malade : transmission et circulation des savoirs sur les médicaments » – In colloque du MÉOS : *Le médicament comme objet social*, Université de Montréal (27 mai 2005)
- Freidson E : *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge* – New York, DoddMead (1970) – Publié en français sous le titre *La profession médicale*, Paris, Payot (1984)
- Freud S : *Malaise dans la civilisation* – Publié en allemand en 1929, et en 1934 en français – En ligne à : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/malaise_civilisation/malaise_civilisation.html

- Gori R & Volgo MJ : *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence* – Paris, Denoël (2005)
- Hodgins D, Mararchuk K, El-Guebaly N & Peden N: “Why problem gamblers quit gambling problems : A comparison of methods and samples” – In *Addiction Research and Therapy*, 10 : 203-218 (2002)
- Horwitz A: *Logic of social control* – New York/London, Plenum Press (1990)
- Horwitz A: *Creating mental illness* – University of Chicago Press (2002)
- Jellinek E: *The disease concept of alcoholism* – New Haven, Hill House Press (1960)
- Juhnke GA & Hagedorn B: *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model* – New York/London, Routledge (2006)
- Kluger J: “Medicating young minds” – In *Time Magazine* (Jan. 2004)
- Le Bossé Y : *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir: une alternative crédible ?* (2007) – En ligne sur le site de l'Association nationale des assistants de services sociaux : <http://anas.travail-social.com/>
- Le Breton D : *Les passions ordinaires* – Paris, Petite bibliothèque Payot (2004)
- Lloyd G, Stead J & Cohen D: *Critical new perspectives on ADHD* – New York/London, Routledge (2006)
- Macdonald N: “I wanna be sedated: the insomnia epidemic is now affecting kids” – In *Maclean's* (Jan. 2006). En ligne à : <http://www.macleans.ca/>
- Maddux JE : « Le DSM et l'idéologie de la maladie » – In *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23 (3) : 25-41 (2002)
- Morissette C, Alary M, Roy E, Parent R & Blanchette C : *Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase I* – Agence de la santé publique du Canada (août 2006). En ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/index-fra.php>
- NHS Health and Social Care Information Centre: *Prescription cost analysis England 2005* – Health Care Statistics (2006). En ligne à : <http://www.ic.nhs.uk/>
- Parsons T: “The sick role and the role of the physician reconsidered” – In *Milbank Quarterly*, 53: 257-277 (1975)
- Peele S, Bufe C & Brodsky A: *Resisting 12-step coercion* – Tucson AZ, See Sharp Press (2000)
- Peele S: “Is gambling addiction like drug and alcohol addiction? Developing realistic and useful conceptions of compulsive gambling” – In *e-Gambling, the Electronic Journal of Gambling Issues*, n° 3 (2001). En ligne à : <http://www.camh.net/egambling/archive/pdf/ejgi-issue3/ejgi-issue3-feature.pdf>
- Peele S: *Seven tools to beat addiction* – New York, Three Rivers Press (2004)
- Perkinson R: *Gambling addiction patient workbook* – Thousand Oaks CA, Sage Publications (2003)
- Pérodeau G, Forget H, Green-Demers I, Préville M, Savoie-Zajc L, Suissa JA, Grenon E, Lagrange M : « Consommation de psychotropes par les personnes âgées : réflexions et recommandations de médecins et de pharmaciens » – In *Conception, prescription, consommation : perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun*, Premier congrès international sur le médicament, Montréal, 29 août au 2 septembre (2005)
- Pharo P : *Plaisir et intempérance : anthropologie morale de l'addiction* – MILDT/Inserm, rapport encore non publié (2007)
- Polomeni P, Bry D & CeJerier I : *Comprendre les addictions et les traitements de la toxicomanie* – John Libbey Eurotext, coll. Dialogue Médecin-Malade (2005)

- Ragge K: *The real AA: Behind the myth of 12-step recovery* – Tucson AZ, See Sharp Press (1997)
- Robin L: *The Vietnam drug users returns* – Washington, US Government Printing Office (1974)
- Room R: “Issues in the cross-cultural validity of dependence definitions” – In *Proceedings of the 37th ICAA International Congress*, University of San Diego CA: 1-11 (1995)
- Roy E, Nonn E, Haley N, & Morissette C : Le partage des matériels d’injection chez les jeunes usagers de drogues injectables – In *Drogues, Santé et Société*, vol. 2 (1) : 1-21 (2003)
- Saint-Germain Ch : *Paxil blues. Antidépresseurs : la société sous influence* – Montréal, Éditions du Boréal (2005)
- Saint-Onge JC : *L’envers de la pilule* – Montréal, Éditions Écosociété (2005)
- Saul JR : *Mort de la globalisation* – Paris, Payot (2006)
- Sobell L: “Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies” – In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 26 (6): 936-948 (2002a)
- Sobell L: “Natural recovery in addictions” – In *World Forum on drugs and dependencies*, Montréal (2002b)
- Spector M : « La différenciation sociale, la déviation secondaire et la théorie de l'éti-quetage » – In *Revue Canadienne de Criminologie*, vol. 14 (4) : 363-384 (1972)
- Stiglitz JE : *Un autre monde : contre le fanatisme du marché* – Paris, Fayard (2006)
- Suissa AJ : *Le jeu compulsif : vérités et mensonges* – Montréal, Fidès (2005)
- Suissa AJ : *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie* – Montréal, Fidès, 2^e édition mise à jour, sous presse (2008)
- Tinland O : « La part maudite de l'individu » – In *Le Nouvel Observateur*, Hors série n° 58 (mai-juin 2005)
- Toneatto T: *Untreated recovery from problem gambling* – Presentation done at the Responsible gambling council of Ontario conference, Niagara Falls, Ontario (April 2000)
- Vaillant G: *The natural history of alcoholism* – Cambridge, Harvard University Press (1983)
- Valleur M et Matysiak J-C : *Sexe, passion et jeux vidéo : les nouvelles formes d'addiction* – Paris, Flammarion (2003)
- Zarifian E : *Des paradis plein la tête* – Paris, Odile Jacob (1995)
- Zola IK: “Medicine as an institution of social control” – In *Sociological review*, 20: 487-504 (1972)
- Zola IK: “Socio-medical inquiries : recollections, reflections and reconsiderations” – Philadelphia PA, Temple University Press (1983)