

ADDICTIONS ET SURMÉDICALISATION DU SOCIAL : CONTEXTE ET PISTES DE RÉFLEXION

Amnon Jacob Suissa

De Boeck Supérieur | *Psychotropes*

2012/3 - Vol. 18
pages 151 à 171

ISSN 1245-2092

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2012-3-page-151.htm>

Pour citer cet article :

Suissa Amnon Jacob, « Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion »,
Psychotropes, 2012/3 Vol. 18, p. 151-171. DOI : 10.3917/psyt.183.0151

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion

Addictions and relay processes in the medicalization of social conditions

Amnon Jacob Suissa

Ph.D, École de travail social
Université du Québec à Montréal
Courriel : suissa.amnon@uqam.ca

Résumé : Dans la gestion des problèmes psychosociaux liés aux addictions, plusieurs modalités de contrôle social coexistent. On peut penser à la perspective pénale, thérapeutique, médicale ou celle du laissez-faire. Dans cette mouvance, et devant l'émergence d'addictions nouvelles, la redéfinition actuelle du terme addiction exige une grille d'analyse multifactorielle. Face au culte de la vitesse, de l'hyperindividualisme et de la performance à tout prix (hurried society), comment expliquer la tendance à une surmédicalisation des conditions sociales et à une explosion des catégories et des typologies de dépendants ? Jusqu'à quel point la société contemporaine génère-t-elle des conditions où les personnes ont le sentiment d'être de moins en moins à la hauteur ? Comment concilier les enjeux de l'intentionnalité et des choix des personnes avec une idéologie de la « santéisation », d'une pathologisation de l'existence ? Face à ces questions, l'auteur suggère de faire un survol des tendances sociales actuelles en analysant la dépendance, non pas uniquement comme le fruit intrapsychique d'une souffrance à saveur individuelle, mais également comme le résultat des discours et des modalités de contrôle qui varient selon les acteurs en présence et la faiblesse/force des liens sociaux. En guise de conclusion,

et même si le modèle Minnesota des Alcooliques Anonymes fondé sur les douze étapes est moins populaire en Europe et en France qu'en Amérique du Nord, l'auteur illustrera le processus par lequel ce discours et cette idéologie de ces mouvements d'entraide contribuent à multiplier les étiquetages de la pathologisation au détriment des compétences souvent cachées des personnes et de leur réseau familial et social.

Abstract: In the psychosocial management of the addiction phenomenon, diverse social control modalities coexist. We can think of the penal, therapeutic, medical and the laissez-faire perspectives. The current redefinition of the addiction concept reveals that no unique explanation can validate diverse addiction conditions, so that a multifactorial approach is a must in order to seize the complexity of this phenomenon: addiction to psychotropic substances, to love, to Internet, to cosmetic surgery, to groups, to shopping, to work, etc. Faced with the hurried society and performance at any cost, how to explain the growing tendency in medicalizing social conditions and the explosion of categories? To what extent does the contemporary society generate conditions where a person feels less and less capable to follow the social and institutional tempo? To answer these questions, the author suggests to analyse the individual and social control markers and to shed light on the central issue of social ties. Finally, and although the AA self-help movement is less popular in Europe and in France than in North America, the author will illustrate how the 12-step philosophy contributes directly to the labelling and socializing of pathologies instead of putting the focus on the hidden strengths of the persons, their families and social networks.

Mots clés : addiction, pathologie, contrôle social, lien social, médicalisation, 12 étapes, intervention

Keywords: addiction, pathology, social control, social tie, medicalization, 12 steps, intervention

Introduction

L'un des enjeux importants dans la saisie des dépendances est celui de la définition même du phénomène comprise comme multifactorielle. Loin

d'être neutre, la définition du concept de dépendance constitue un terrain propice à de multiples interprétations et représente un enjeu crucial autant au plan scientifique que social. Selon le statut d'acteur dans la hiérarchie du pouvoir et les intérêts en jeu dans les rapports sociaux, le choix de la définition du terme dépendance variera fortement d'une période historique donnée à une autre et des contextes sociaux et culturels en question (Suissa, 2008 ; Peele, 2004).

L'exemple du processus de médicalisation des problèmes sociaux s'inscrit bien dans cette 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 et de la santé mentale, de Lloyd, Stead et Cohen (2006) sur la médicalisation des comportements des jeunes, de Beaulieu (2005) sur la perspective de Michel Foucault et les études classiques des sociologues Conrad et Schneider (1980, 2000, 2004, 2005) 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.

Pour le concept de dépendance, les questions entourant *le processus*, à savoir « Comment devient-on dépendant ? », *le problème*, soit « Jusqu'à quel point doit-on intervenir ? » et *la nature* même de ce problème, c'est-à-dire « Comment devrait-on agir ? » confirment au grand jour cette complexité conceptuelle (Morel et Couteron, 2008, p. 11). Si le psychologique nous permet généralement de mieux comprendre la dynamique relationnelle associée *aux facteurs personnels et individuels* pouvant générer la dépendance, force est de reconnaître que les conditions sociales ayant donné naissance à ces facteurs nous permettent de mieux identifier les déterminants sociaux qui structurent la construction des dépendances en question. Au centre de ces dynamiques relationnelles individu - psychotropes/activités - conditions sociales, la force ou la faiblesse des liens sociaux est un facteur important dans la compréhension du phénomène en question. Loin de prétendre répondre aux multiples déterminants sociaux possibles, cet article suggère quelques avenues explicatives en empruntant essentiellement une perspective psychosociale. Dans cette optique, et devant la liste considérable de modèles et de traitements disponibles, nous nous sommes limités à certains repères qui nous paraissent comme étant parmi les plus significatifs. Parmi ces déterminants sociaux et contextuels, soulignons le culte de la vitesse ou de la performance à tout prix, l'individualisme ou l'hyperindividualisme et l'enjeu du lien social. Pour enrichir l'articulation entre le discours médical et les conditions sociales, nous illustrerons comment l'idéologie des

AA fondée sur les douze étapes contribue à multiplier les étiquetages de la pathologisation, non seulement des symptômes liés aux dépendances en question, mais de l'existence sociale même des individus. En guise de conclusion, des pistes visant le développement du pouvoir d'agir des personnes et leurs réseaux sociaux et familiaux seront suggérées (LeBossé, 2007).

Le culte de la vitesse comme déterminant social précipitant des dépendances

Un des concepts centraux dans la saisie du phénomène des dépendances est le principe du temps. Comme postulat, le temps n'a pas la même signification pour les personnes ayant développé les dépendances que pour les divers intervenants et les institutions, il est donc important de s'interroger sur le temps comme facteur social et contextuel dans le tracé des trajectoires personnelles et sociales des personnes dépendantes. De plus, dans la mesure où cela prend généralement plusieurs années pour développer telle ou telle dépendance, il devient incontournable de relativiser le temps accordé au processus d'intervention et éviter ainsi la devise de la panacée pré déterminée à l'avance. On peut penser à ces centres de traitement qui prétendent « régler » le problème des dépendances en 28 jours ou moins, confondant, ainsi et souvent, l'objectif d'une certaine abstinence avec le fait de s'affranchir des dépendances dans le sens *de se libérer* des dépendances tout en améliorant les secteurs importants du style de vie des personnes en question (LeBossé, 2008a, 2008b, 2007). À ce titre, un des auteurs qui a analysé le culte de la vitesse comme pouvant créer des conditions plus propices au développement des dépendances est Carl Honoré dans son essai intitulé *L'éloge de la lenteur* (2005). En nous rappelant la fable du lièvre et de la tortue, cet auteur souligne que le tempo sociétal, institutionnel et individuel contribue de plus en plus à transformer notre vie en conditions plus propices à développer des dépendances (Honoré, 2005, p. 16). Dit autrement, il y a un prix à payer quand le culte de la vitesse prend le dessus dans notre « hurried society » où l'amour obsessionnel de la vitesse se transforme en dépendance, une sorte d'idolâtrie.

Adopter la liposuccion comme alternative au temps que cela prend pour faire un régime et à l'exercice dans notre style de vie, manger du « fast food » au lieu du « slow food » ou opter pour une connexion plus rapide à Internet pour aller encore plus vite qu'hier, constituent ce que Musil nommait un gain dans le détail, mais une coupure dans l'ensemble

(Musil, 1956). Gain dans le détail, car la personne a le sentiment qu'elle a gagné dans l'immédiat et l'instantané du temps présent, mais coupure dans l'ensemble, car les effets pervers issus de cette course pour être à la hauteur de la normalité sociale exigée, se développent souvent en rupture, voire en cassure de l'équilibre psychique et social. Parmi les preuves de ces conditions, on peut penser à l'augmentation vertigineuse des processus de médicalisation en lien avec la gestion des symptômes de malaises divers (Lessard, 2008 ; Collin et Suissa, 2007 ; Loyd, Stead et Cohen, 2006 ; Conrad, 2005 ; St-Germain, 2005 ; Saint-Onge, 2005). Avons-nous perdu l'art de prendre le temps de faire les choses, voire de ne rien faire ? Comment concilier une société qui favorise les excès avec l'exigence continue d'un autocontrôle ? (Nadeau, 2009).

Face à ces questions, Honoré (2005) n'hésite pas à parler de « turbo-capitalisme » de la cadence où les coûts humains sociaux et de santé sont multiples dans le processus d'adaptation aux transformations familiales et sociales : insomnies, dépression, faiblesse des liens sociaux, médicalisations poussées, etc. Si les Japonais appellent cela le *Karoshi* (mort par surmenage), le monde occidental regroupe ces conditions de plus en plus préoccupantes pour la santé mentale. Aux États-Unis, l'abus de psychotropes en milieu de travail, par exemple, a fait un bond de 70 % depuis 1998 et la corrélation entre la vitesse de la performance avec le taux d'obésité, est bel et bien réelle. Près d'un tiers des Américains et un cinquième des Britanniques sont désormais obèses (Honoré, 2005, p. 18). Ce qui devient de plus en plus la norme au plan sociétal est la disponibilité des multiples possibles dans l'environnement du 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Que ce soit l'accès à la nourriture, au centre sportif ou aux cyber-services, le citoyen peut se prévaloir de presque tout à tout moment du jour et de la nuit. Ce rythme de vie effréné peut produire des effets pervers sur les dynamiques personnelles, familiales et sociales.

Après le « *Slow Food* », il y a maintenant le mouvement de « *Slow Media* » (www.slowmedia.typepad.com) qui vise à sensibiliser les personnes de ne pas tomber dans le piège de la multitâche comme norme sociale, de la dépendance à la technologie. Inspiré par la professeure américaine Jennifer Rauch, ce mouvement se considère ni antimodernité ni antitechnologie, il revendique d'abord et avant tout une certaine hygiène de vie quant à l'utilisation de la technologie pour éviter les effets pervers qui s'y rattachent. Selon cette auteure, l'adaptation émotionnelle et cognitive à ce rythme ahurissant fait en sorte que, non seulement nous vivons plus rapidement, nous développons même le besoin d'être plus rapides que jamais. De nos jours, et parmi les hypothèses explicatives, la vie trépidante (« *hurried society* ») combinée à la prolifération

technologique produisent un contexte non favorable à l'attention et à la concentration, en particulier auprès de nos jeunes. Comme génération étant née dans cet environnement ultra technologique, beaucoup de jeunes dans notre société moderne sont sollicités par des stimulations sensorielles continues, principalement avec les ordinateurs, les jeux et les gadgets électroniques dits intelligents. Comment préserver une attention stable alors que le cerveau de ces jeunes est sur sollicité par une multitude de stimulations qui s'accumulent les unes sur les autres ? Quand on montre aux parents que les résultats scolaires de leurs enfants pris avec des difficultés de concentration ou d'hyperactivité s'améliorent de 30 % à 85 % avec la prise de Ritalin, on peut mieux comprendre le recours à ce psychostimulant comme réponse à ce contexte social. Ne sont-ils pas, eux aussi, préoccupés que leurs enfants puissent suivre, jusqu'à un certain point, le « tempo institutionnel et social » ? Les enfants ne paient-ils pas le prix de ce rythme effréné où la tendance sociale actuelle exerce des pressions lourdes pour qu'ils performant en un temps record ?

C'est dans ce contexte de société de la vitesse que le recours aux psychostimulants pour les jeunes prend toute sa place et ce, comme une stratégie adaptative aux contraintes de ce type d'environnement. La médicalisation des jeunes et des adolescents constitue donc 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, de comportement ou de performance (Suissa, 2009). À ce sujet, une étude révèle que la prescription de médicaments pour contrer l'insomnie auprès 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 auprès 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 (Lloyd, Stead & Cohen, 2006 ; Breggin, 2002). En 2013, le nouveau DSM V compte d'ailleurs accorder une partie importante en ajoutant des catégories psychiatriques à risque qui ciblent particulièrement les jeunes (Drummond, 2010 ; Watters, 2010).

Compte tenu de ces réalités, on peut dire que si le stress lié à la performance n'est pas en soi négatif à petites doses, son excès, au contraire, peut mener tout droit à la dépression et à l'épuisement professionnel et psychique (Honoré, 2005, p. 184). Ainsi comprise, la société postmoderne engendrerait de plus en plus des comportements addictifs avec comme principales réponses des modalités de contrôle social de nature

judiciaire ou médicale (Couteron, 2009). Comment concilier une vie saine et équilibrée avec une culture sociétale qui nous répète que faire plusieurs choses à la fois est moderne, efficace et satisfaisant (Collard, 2010). Alors que Freud se référerait à son époque comme étant un malaise de civilisation, Ehrenberg l'analyse comme une société du malaise (2010a, p. 10) où il démontre que le poids des exigences économiques et des contraintes sociales dictées par le tempo de la performance à tout prix, détruisent en fait l'autonomie nécessaire des personnes à consolider leur équilibre personnel et social.

Le contrôle social et l'importance des liens sociaux : bref rappel

« Les déviants/dépendants n'existent qu'en fonction de ceux qui tentent de les contrôler » (Pfhol, 1985).

Mis en avant au début du XX^e siècle aux États-Unis par Edward Alsworth Ross, le concept de contrôle social a été longtemps associé aux aspects normatifs de la vie sociale et à sa régulation (Ross, 1901). Ce terme avait déjà été employé par Herbert Spencer, en 1898, dans un ouvrage intitulé *The Principles of Sociology*, sans permettre cependant un certain entendement conceptuel (Spencer, 1898). À part les divergences d'ordre linguistique entre les versions européenne et américaine du terme contrôle social, la sociologie américaine restera fortement imprégnée par les travaux de Ross qui, en définitive, sera considéré comme le premier à populariser ce concept.

Il fallut attendre plus de 50 ans pour voir le sociologue Parsons associer, pour la première fois, le concept de contrôle social à la déviance (Parsons, 1951, p. 1975). C'est par sa description de la maladie (« illness ») comme déviance passive, et en privilégiant le concept d'intégration plutôt que d'anomie, que ce sociologue apporte une contribution majeure à la théorie du contrôle social. Appliqué au domaine des dépendances, le processus de l'étiquetage, connu également comme le modèle interactionniste en sociologie de la déviance, contribue à nuancer également le phénomène du contrôle et de la réaction sociale au statut de déviant/dépendant. Dans le champ des dépendances, que ce soit l'alcoolisme, la toxicomanie ou les jeux de hasard et d'argent, nous assistons en fait à une problématisation sociale de l'usage qui navigue entre le modèle moral (déviance) et le modèle médical (maladie) comme outils de contrôle social. Peut-on parler d'inversion, puisque ce n'est plus

uniquement la substance psychotrope ou l'activité de dépendance en soi qu'il faut contrôler, mais également, et surtout, les personnes qui y sont associées. Nous assistons, en termes de contrôle de l'ordre social, à une forme d'assimilation des dépendances à d'autres comportements sociaux, principalement déviants. Ce type d'assimilation permet, en définitive, deux fonctions : la formation d'un consensus politique « anti-drogue » et la désignation de « coupables » qu'il s'agit de contrôler, ordre social oblige.

Alors que la plupart des comportements humains contiennent certains risques personnels et sociaux, et parmi les modalités de contrôle social possibles, la tendance générale dans notre société est de privilégier l'exercice du Droit pénal ou du processus de médicalisation comme outils de contrôle pour gérer ou endiguer les conséquences de conduites considérées comme hasardeuses ou indésirables pour l'ordre social public. Parmi les facteurs influençant de façon décisive les diverses réactions sociales à ces conditions, la nature du *lien social* semble jouer un rôle prépondérant dans le choix des mesures de contrôle à privilégier. En fait, le recours au contrôle pénal se justifie généralement comme étant une tentative de réduire la distance et le désengagement des citoyens dans leur rapport au social. Par exemple, s'il est socialement plus distant, un toxicomane alcoolique sera plus vulnérable à la réponse pénale que celui qui, mieux intégré, aura tendance à être moins assujéti à ce type de contrôle. On peut se demander si le contrôle pénal dans le champ des dépendances ne démontre pas, en fait, un certain échec dans les tentatives de maintien de systèmes de régulation sociale.

En ce qui a trait au processus de médicalisation comme modalité de contrôle social, les populations touchées par ce type de contrôle ne sont généralement pas vues comme moralement déviantes, mais plutôt comme victimes d'un processus de maladie sur lequel elles n'ont pas ou plus d'emprise. Quand les motifs soutenant des activités dites déviantes paraissent incompréhensibles, dénués de sens ou inintelligibles, l'intervention de contrôle sera de nature thérapeutique ou médicale. Même si plusieurs cas combinent simultanément la réponse médicale et pénale, il n'en demeure pas moins que les facteurs de distance et de liens sociaux jouent un rôle central dans le choix du type de réponse. À titre d'illustration, des populations considérées par le système en place comme trop distantes sur le plan social (prostitués, itinérants), seront traitées tantôt comme criminels tantôt comme malades, selon le délit commis, la personnalité de l'acteur, l'absence ou l'existence de liens sociaux. Dans

cette logique, moins vous avez de liens sociaux forts, plus il y aura un processus d'étiquetage et de punition.

Si l'on tient compte du statut social, le style thérapeutique semble être une alternative plus viable pour les classes sociales élevées que pour les classes démunies. Les trajectoires des classes sociales moins favorisées au plan socio-économique et avec des liens sociaux faibles se retrouvent d'ailleurs plus souvent dans l'espace social public et donc plus sujettes à des réactions sociales, légales et médicales. Au Québec, on peut penser à la plus grande proportion de jeunes défavorisés souffrant de déficit d'attention avec le Ritalin qui se recrute auprès de familles pauvres vues par les services de la protection de la jeunesse, les familles plus aisées au plan socioéconomique préférant emprunter des trajectoires de nature plus privée dans la résolution des mêmes conditions (Suissa, 2009).

Si nous sommes tous des candidats vulnérables, il n'en demeure pas moins que les trajectoires des individus sont intimement liées à *la force de leurs liens et de leurs réseaux sociaux*. Le statut social-économique, la fréquence et l'intensité des moments de vulnérabilité, la force ou la faiblesse des liens sociaux constituent des facteurs importants dans la saisie de ce qui est vulnérable sur une base temporaire et ponctuelle ou structurelle, voire sur une base permanente. Dans cette perspective, les pauvres qui sont déjà l'objet de mesures de contrôle social importantes, vivront plus de contraintes à trouver des solutions à leurs conditions de vulnérables et seront alors plus sujets à des mesures de contrôle social public. À l'opposé, des citoyens vivant les mêmes contraintes, mais provenant de milieux sociaux plus aisés avec la présence d'un certain réseau social, pourront emprunter des trajectoires différentes et plus privées dans la gestion de leurs vulnérabilités.

Dans un article de Furtos (2005) intitulé « Souffrir sans disparaître », ce psychiatre social démontre clairement comment des problématiques psychiques et psychosociales, par exemple, empêchent en fait l'exercice ordinaire du lien social en faisant subir à la personne cible le syndrome d'auto-exclusion. Les travaux de Fainzag sur l'exercice du pouvoir médical dans le rapport médecin/patient constituent également des repères précieux dans la saisie des dynamiques plus individualisantes du processus de la médicalisation (Fainzag, 2005). En définitive, des liens sociaux forts permettent à tous les citoyens de traverser les phases de transition parfois difficiles du cycle de la vie contrairement aux citoyens qui n'ont pas de réseau social sur lequel ils pourraient s'appuyer pour confronter les contraintes inhérentes de la vie sociale.

Individualisme et hyperindividualisme

En lien direct avec les effets de liens sociaux faibles se trouve l'individu qui peut être livré à lui-même sans écho dans le social qui l'entoure, processus d'individualisme oblige. L'accentuation de l'*individualisme* dans notre société postmoderne, certains diraient de l'hyperindividualisme, peut nous éclairer sur le recours à la médicalisation ou au pénal comme modalités de contrôle social de comportements ou de statuts compris comme déviants à normaliser. Déjà en 1982, Peele nous mettait en garde contre l'idéologie de la compétition et de la performance à tout prix, idéologie qui se traduit généralement par un sentiment d'exclusion plus propice à la dépendance.

« C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelles que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur » (Peele, 1982).

Dans un article intitulé « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétair de l'usage de drogues », Van Caloen (2004) démontre bien comment l'usage de psychotropes, par exemple, s'inscrit directement dans le processus d'insertion des personnes en quête d'un soutien qui puisse les normaliser socialement face aux exigences de la performance. Dit autrement, en mettant en veilleuse le contexte structurel qui donne naissance aux conditions sociales des personnes (exemple du chômage dans certaines régions), la tendance sera d'avoir recours à une médicalisation/médicamentation comme modalité de contrôle dans la gestion de la distance sociale qui risque de s'établir entre les performants normaux avec du travail, et les non performants sans travail. Comme effets secondaires, la réponse à ces conditions passera généralement par un regard social qui individualise le problème et qui marginalise souvent la personne via la médicalisation (dépression, anxiété, insomnies, etc.). Dès lors, nous assistons souvent à une médication accompagnée d'un retrait social de nature plus privé, plus individuel. Pour combler ces écarts de la norme et de la distance sociale, entre le dehors social public et le dedans privé, on peut dire que l'individu posera des gestes visant à les réduire en essayant d'établir des *liens sociaux* qui contribuent à sa normalisation (Suissa, 2001).

Pour caractériser notre société hyperindividualiste et d'hyperconsommation en perte de rituels, Lipovetsky (2006) parle de malaises de l'âme, Gori et Volgo (2005) enrichissent ce point de vue en soulignant que le mal d'être se transforme en mal d'avoir. Dans la mesure où nous sommes de plus en plus exposés à un monde virtuel des communications

(Internet, cellulaires, cyberdépendances, etc.), nous assistons à un processus d'appartenance virtuelle au social au détriment de liens sociaux réels. C'est dans ce *vide de liens sociaux* à combler que l'individualisme prend tout son sens. Dit autrement, devant le manque de rituels qui permettent de donner du sens aux liens sociaux réels en perte, l'individu posera des gestes accompagnés d'un retrait social de nature plus privé, plus individuel (Suissa, 2001).

Parmi les auteurs qui se sont penchés sur cette question contemporaine de l'individualisme avec des débats les plus féconds figurent Robert Castel (2010, 2009) et Alain Ehrenberg (2010a, 2010b). Ce dernier entreprend dans son dernier ouvrage intitulé *la société du malaise* une étude comparative France/Amérique sur les fondements de l'individualisme et ses effets sociaux. Selon Ehrenberg, et en termes de catégories sociales, *le self* occuperait aux États-Unis la place que l'institution possède en France au plan historique. Compris d'abord comme une catégorie d'origine sociale, Ehrenberg distingue bien *le self* comme n'étant pas une catégorie philosophique ou psychologique. Dans cette optique comparative, il se réfère à l'autonomie comme une valeur suprême des États-Unis, ce qui n'est pas le cas en France. Par voie de conséquence, le concept de personnalité aux États-Unis est en soi une institution qui servirait de trame aux sciences sociales américaines alors qu'en France, le malaise sociétal, par exemple, est plus une représentation collective dans le sens durkheimien du terme. En comparant les idéaux sociaux et des souffrances psychiques qui les accompagnent, Ehrenberg parle de « pathologies narcissiques » qui se distinguent selon les valeurs culturelles et les attributs sociaux accordés dans ces deux sociétés.

S'appuyant sur les problèmes de *cohésion sociale* engendrés par l'affaiblissement des systèmes de protection d'une part, et de l'augmentation des inégalités sociales et économiques, d'autre part, Ehrenberg parle de crise de l'égalité en France. Crise d'égalité des opportunités où il s'agit de promouvoir des conditions d'opportunité pour suivre la compétition dictée par le turbo capitalisme de Honoré (2005) et s'inscrire ainsi dans le processus d'insertion à la société. Plaidant pour une politique de l'autonomie-condition, Ehrenberg rejoint exactement les idées centrales défendues par LeBossé qui propose le DPA, à savoir le développement du pouvoir d'agir des personnes et de leurs réseaux familiaux, sociaux et communautaires comme stratégies de réappropriation du pouvoir personnel et social (LeBossé, 2007).

Distinguant une sociologie individualiste d'une sociologie de l'individualisme, Ehrenberg s'appuie sur une vision interactionniste en

intégrant le malaise de la société à celui du malaise de l'affect de l'individu et ce, sur une base interactive et indivisible. L'hypothèse d'Ehrenberg sur la souffrance psychique individuelle pourrait se résumer à un *changement du statut social* de la souffrance psychique où le mal individuel côtoie le mal commun sur une base continue. La citation qui suit d'Ehrenberg (2010, p. 10) traduit bien cette pensée :

« L'individualisme est cette manière de faire société qui attribue la même valeur à chaque individu, à soi-même comme à un autre, parce que l'égalité fait de tout homme un semblable. »

Quant à Castel (2010), il s'oppose à la conception d'Ehrenberg de l'autonomie-condition en la situant d'abord et avant tout comme un nouveau mode de domination. Selon ce sociologue, la souffrance sociale des individus s'inscrit principalement dans un manque de conditions de base nécessaires (travail, logement, etc.) où l'adéquation des ressources disponibles dans l'environnement ne cadre que très rarement avec les besoins affectifs et sociaux. Ce décalage entre besoins et autonomie réelle fait en sorte que l'autonomie est décontextualisée de ses conditions réelles d'existence. Castel préfère parler de l'autonomie comme étant plutôt une aspiration ou une revendication d'émancipation.

Ces propos rejoignent ceux de Châtel et Roy (2008) qui placent l'individualisme comme un élément structurant dans la gestion des rapports sociaux. Dans cet ouvrage visant à réfléchir sur la notion de vulnérabilité comme condition qui fragilise l'individu et son monde social, ces chercheurs effectuent une étude exhaustive de ce concept central. Compris également comme une manifestation de l'affaiblissement des réseaux et des liens sociaux, ces auteurs posent la question de la vulnérabilité comme un processus plutôt que comme un état en soi. Rejoignant les propos d'Ehrenberg (2010), la vulnérabilité est conçue comme une condition filtrée par le concept de l'autonomie qui contiendrait les trois facteurs : la possibilité d'agir, la loi morale et le rapport à l'autre. Dans cette optique, l'individu contemporain serait mû par une apologie de la réalisation de soi et de la liberté comme utopie. Ceci étant, cette réalisation de soi ne peut passer sous silence les conditions objectives de l'avoir individualiste pour rendre la personne utilitaire ou comme dirait Foucault le citoyen docile et utile. Jusqu'à quel point le libéralisme économique peut-il se situer en dehors de la promotion du soi et du progrès individuel comme fondement de son discours ? Assistons-nous à un règne du je individualiste au détriment du nous et donc du rapport à l'autre où l'autrui dans l'espace public est mis en veilleuse ?

Si le concept de vulnérabilité s'inscrit comme un phénomène renvoyant à plusieurs réalités enchevêtrées, il n'en demeure pas moins que la définition de ce qui est vulnérable et de ce qui l'est moins, renvoie plus à certaines catégories sociales considérées comme plus à risque par rapport à l'ordre établi (Clément et Bolduc, 2004). Selon Soulet (2004, p. 189), il n'existe pas de vulnérabilité en soi, mais des êtres vulnérables dans certaines circonstances et conditions. Dans cette optique interactionniste, il est clair que la vulnérabilité ne relève pas du hasard et d'une défaillance uniquement individuelle ; elle s'inscrit dans une trajectoire déterminée par les conditions structurelles au plan social, économique, culturel et politique. Si nous accumulons des conditions fragilisantes et des inégalités (pauvreté, liens sociaux faibles, horizon plus restreint dans la projection du futur), la vulnérabilité produirait également de l'imprévisibilité et de l'incertitude. Dit autrement, nous ne sommes pas tous égaux devant les risques et la vulnérabilité, il existe bel et bien une dimension structurelle liée à la position des individus dans la structure sociale et économique. Tel que mis en relief par Tinland (2005), quand l'individu ne produit plus de plus-value pour la collectivité, le citoyen sera plus enclin à être médicalisé, voire pathologisé.

Dans un numéro récent hors série de la revue *Courrier International*, un contenu s'attarde à souligner les dérives de la médecine du XXI^e siècle (*Courrier international*, 2008). En démontrant que la discipline de la médecine est d'abord à la merci de l'argent et du lobbying, il est clairement démontré, par exemple, que l'industrie pharmaceutique s'est éloignée largement de sa noble vocation originale, à savoir investir dans la recherche, découvrir et fabriquer de nouveaux médicaments utiles, pour se projeter d'abord et avant tout dans un marketing visant la vente à tout prix des médicaments pour les actionnaires privés (*Courrier international*, 2008, p. 13).

L'exemple des Alcooliques Anonymes : un espace de socialisation de la médicalisation des dépendances

Rappelons que le mouvement d'entraide des Alcooliques Anonymes est une réalité historique avant tout nord-américaine. Cette idéologie s'est construite avec des acteurs et des conditions sociales et culturelles qui lui sont propres. En fait, les Alcooliques Anonymes comme premier mouvement d'entraide anonyme, s'est fortement inspiré des principes du Groupe d'Oxford (Oxford Group) qui était, à la fin des années 1930, un mouvement évangélique religieux populaire. Les racines les plus

anciennes des AA remontent à la période de la tempérance dans les années 1800 avec le mouvement des Washingtonians. Depuis 1935, date officielle du premier regroupement des Alcooliques Anonymes, l'application grandissante de ses principes philosophiques a été fulgurante passant de deux membres à près de trois millions de membres à travers le monde aujourd'hui (Suissa, 2009b). Ceci étant, ce contexte particulier en Amérique du Nord explique en bonne partie l'adhésion moins significative de plusieurs pays européens, dont la France, à cette réalité historique et philosophique fondée sur les douze étapes. Si l'Amérique du Nord a placé sa confiance dans ce mouvement en termes de rétablissement et que les institutions (politique, justice, santé, éducation) mandatent régulièrement les AA pour régler les problèmes psychosociaux de dépendance, ceci n'est pas du tout le cas de l'Europe et de la France en particulier.

Parler de médicalisation des comportements de dépendance avec les AA s'inscrit directement dans le vocabulaire utilisé dans le discours : allergie, maladie progressive de la volonté, des émotions, des humeurs, perte de contrôle ou désordre d'impulsion. Contrairement à l'approche de réduction des méfaits où les personnes sont considérées comme aptes à exercer un certain contrôle (Suissa, 2007, 2009b), la philosophie AA, continue à s'opposer au concept d'un certain contrôle potentiel ou possible chez les personnes ayant développé une dépendance.

Au plan scientifique, et dans la mesure où toute base scientifique passe par la validation d'un questionnement de faits absolus ou probables, on peut dire que AA ne s'appuie pas sur des fondements compris comme scientifiques. En n'interrogeant pas l'étiologie et le *pourquoi des choses* derrière l'alcoolisme et les autres conditions de dépendance étiquetées comme des maladies, les assises scientifiques sont mises en veilleuse. En fait, questionner la complexité multifactorielle des dépendances n'est pas inclus dans le champ de vision des AA. À cette fin, AA propose KISS (« Keep It Simple Stupid ») qui rappelle au membre qu'il est stupide de voir et de questionner toutes les complexités de la vie et qu'il est et restera sans pouvoir s'il ne se réfère pas à un plus grand pouvoir que lui : Dieu. Orienté plus vers l'action et ancré dans une perspective de dynamique de groupe, AA est structuré de manière à ce que les membres dissèquent et « ruminent » les interprétations diverses de mots clés comme : pouvoir, contrôle, émotion, sobriété, peur, période sèche, colère, sérénité, paix, impuissance et abstinence.

Si la croyance à un pouvoir supérieur, Dieu, n'est pas une contre-indication en soi, la pratique des AA véhicule l'idée que tu ne peux réussir par toi-même et seul Dieu pourra t'aider. Dans ce sens, on peut parler

de vision binaire, à savoir un monde du tout ou rien ; boire c'est mourir (« To Drink Is To Die »), c'est une question de vie ou de mort. D'ailleurs « Love It or Leave It », constitue la devise d'un monde du noir ou du blanc, tu es avec nous ou tu es contre nous. La réalité sur le terrain démontre qu'il existe une variabilité impressionnante d'individus souffrant de dépendances et que l'abstinence ou la croyance en Dieu comme conditions premières et absolues peuvent ne pas convenir à tous les individus dans leur processus de réhabilitation

Au plan clinique, et afin de créer des conditions propices au développement du pouvoir d'agir, l'intervenant pourrait avoir un argumentaire social valide à partir d'une pratique réflexive et de fondements scientifiques pour le changement personnel et social. Peut-on mettre l'emphase sur les facteurs de protection et les compétences/forces cachées dans leur style de vie et favoriser ainsi une trajectoire axée sur des solutions durables plutôt que sur des carences ?

En lien avec la durée de temps investie pendant les premiers mois dans les AA, il est démontré que quand les références aux AA sont faites de manière efficace, c'est-à-dire avec un suivi intensif comparativement à une référence standard, le résultat pouvait être différent. Dans une étude auprès de 345 patients à qui l'on assignait soit une référence avec du suivi intensif ou une référence de type standard, les résultats montrent que les membres référés avec un suivi plus intense (« intensive referral intervention ») réussissent à être abstinents plus longtemps (Timco, DeBenedetti et Billow, 2006). Après six mois d'observations, les résultats de cette étude montrent que ceux à qui l'on avait assigné des parrains volontaires étaient plus impliqués dans les douze étapes que ceux qui avaient reçu une référence de type standard. Afin d'éviter le trop grand nombre de rechutes et de décrochages des membres, ces chercheurs proposent donc dans leur conclusion d'investir plus dans les références dites intensives.

Ceci étant, la dépendance n'est-elle pas d'abord le produit d'un choix psychologique, social et culturel ? Si oui, la réponse doit être également de nature psychologique, sociale et culturelle. L'absence du concept de compétence disparaît déjà dès la première des douze étapes (reconnaissance de l'impuissance face à la substance) alors que selon les AA, ce qui permet justement le début d'une démarche de réhabilitation, c'est de toucher le fond du baril pour mieux rebondir. N'y a-t-il pas là un paradoxe quand on tente de concilier l'image de soi véhiculée par la philosophie anonyme et le fait de s'affranchir de sa dépendance ? Dit autrement, comment peut-on ignorer le recours à ces images négatives de soi – je suis impuissant devant la substance/activité, une fois alcoolique/

toujours alcoolique, je suis et sera malade à vie, etc. – alors qu’elles conditionnent étroitement la façon dont l’individu se perçoit ?

Vers un paradigme alternatif à la médicalisation des dépendances

À l’ère des données probantes et d’une approche à saveur épidémiologique dans la gestion des problèmes sociaux, comment ne pas tenir compte des réalités qui confirment que des milliers de personnes réussissent à briser le cycle de la souffrance, de la dépendance et de la médicalisation et ce, sans être étiquetées à vie (Suissa, 2008). Comment cela se fait-il que devant des contraintes similaires, d’autres sociétés et cultures ont moins recours à la médicalisation de nos jeunes ? Pourquoi les facteurs culturels et familiaux ne sont-ils pas inclus dans le processus de diagnostic et de traitement tel que véhiculé par le DSM-IV alors qu’ils constituent des facteurs déterminants ? Pourquoi ne pas mettre en lumière, par exemple, les résultats de la rémission spontanée des personnes (« natural recovery ») qui démontrent les forces et les habiletés cachées quand celles-ci sont sollicitées ?

Si la santé mentale peut se définir comme un ensemble d’interactions entre les facteurs sociaux, culturels et psychologiques, à savoir un état dynamique et temporaire visant l’équilibre, où allons-nous dans cette poussée de la surmédicalisation qui dicte plus le chemin à suivre sur une base plus épidémiologique, voire déterministe ? Cette idéologie du chimique confond cause et conséquence, la psychiatrie tend à ignorer le subjectif/symptôme derrière la souffrance, le psychisme est mis à l’écart au détriment du neurobiologique, voire d’un biopolitique (DiVittorio, 2005). L’usage des instruments du DSM-IV n’est donc pas neutre, l’inclusion du savoir expérientiel et du savoir être des sujets pourrait bonifier la dynamique et la compréhension des relations sujet/médicament.

En termes alternatifs, les travaux de Lourdes et Poirel (2007) sur la gestion autonome des médicaments (GAM), par exemple, démontrent clairement que le recours au médicament en santé mentale n’est pas tout. Travailler avec les motifs sous-jacents et le sens et la fonction donnés par le sujet au médicament dans sa famille et son style de vie, permet d’exercer un choix libre et éclairé et ainsi développer des conditions plus propices au pouvoir d’agir (LeBossé, 2008a).

À l’ère de l’hyperindividualisme et de l’hyperconsommation qui se traduisent par une absence graduelle des rituels dans notre société,

Lipovetsky (2006) n'hésite pas à parler de malaises de l'âme. Selon cet auteur, l'hyperconsommérisme déstabilise les cultures et les individus en créant une spirale consumériste et en désorganisant la vie psychique des individus. Ne pourrait-on pas investir plus dans les forces des réseaux familiaux et sociaux plutôt que d'accepter ce verdict ? Peut-on souffrir sans disparaître (Furtos, 2005) ?

Conclusion et perspectives : vers un rapprochement entre le médical et le social

Certaines personnes peuvent développer des dépendances pour des raisons liées à l'environnement : chômage, contexte de pauvreté, faiblesse des liens sociaux. D'autres s'adonneront à l'abus de substances ou d'activités comme des stratégies pour affronter des conditions d'aliénation, de santé mentale et de troubles identitaires. Ceci étant, la réalité sur le terrain et la recherche nous apprennent que certaines personnes vivant ces conditions peuvent décider de choisir un autre chemin que celui des dépendances. Ce choix réside dans une certaine résilience et une estime de soi qui sont plus solides au plan social. Dit autrement, si nous sommes tous des candidats à développer les conduites de dépendance, c'est quand l'activité de dépendance remplace un vide émotionnel, psychologique, affectif et social et détourne l'individu de ses centres de plaisir qu'il peut obtenir dans sa relation à l'environnement et ce, sans « béquille ». A contrario, quand les personnes réussissent à développer des centres d'intérêt et de plaisir multiples, l'incidence en termes de dépendance est très faible, voire nulle.

Dans la mesure où la majeure partie des problèmes de dépendance sont issus des réactions comprises comme individuelles aux problèmes sociaux structurels (pauvreté, faiblesse des liens sociaux, désaffiliation), peut-on s'approprier un argumentaire (savoir, savoir faire, savoir être et savoir dire) visant à adopter graduellement l'approche psychosociale plutôt que d'agir comme extension du modèle médical. Peut-on prendre le temps d'explorer avec les personnes et leurs réseaux les alternatives au modèle médical en s'adaptant au portrait des individus et en les accompagnant ? Peut-on prendre en compte le monde social quand on travaille avec les personnes, les familles et les réseaux en contexte de dépendance ?

Le modèle médical n'est pas incompatible en soi avec une perspective psychosociale. Inclure le monde social des personnes quand on

intervient peut relever des deux mondes, médical et social. Reconnaître au social ce qui est médical et ce qui est médical au social dans ses pratiques, serait un grand pas en avant pour réduire les écarts. À ce titre, plusieurs médecins, psychiatres et thérapeutes œuvrant dans le champ de la santé et des dépendances, tels que Pirlot (2009), Plante (2008), Weil (2007) et Breggin (2002), démontrent que les passerelles entre le monde médical et social sont bel et bien ouvertes pour placer les personnes et leurs réseaux familiaux et sociaux au centre des préoccupations et des interventions. Si des cures de désintoxication sont nécessaires d'un point de vue médical dans le processus de réhabilitation, cela ne devrait pas poser problème avec le processus de réhabilitation qui met l'accent sur les compétences des personnes et de leur réseau, à savoir *le développement de leur pouvoir d'agir*. Comment concilier l'étiquetage de centaines de milliers de personnes comme étant des dépendants malades à vie alors qu'ils réussissent souvent à réduire, à s'abstenir ou même à adopter un certain contrôle de leurs dépendances ? Peut-on adhérer à une vision multifactorielle de ce phénomène complexe que sont les dépendances (Corcos et Jeammet, 2003) ?

La médicalisation de plus en plus de conditions psychosociales soulève des interrogations importantes dans les modalités de gestion du social en contexte de dépendance. Les molécules et la chimie, bien que très utiles pour aider à traverser des périodes difficiles, ne pourront venir à bout des structures qui génèrent ces conditions de grande vulnérabilité plus propices au développement des addictions. Pouvons-nous inclure les déterminants sociaux et structurels des dépendances dans nos politiques sociales et de santé afin de prévenir la dynamique de la porte tournante ?

Bibliographie

- Beaulieu, A. (2005). *Michel Foucault et le contrôle social*. Presses de l'Université Laval.
- Breggin, P. (2002). *The stimulant fact book*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Castel, R. (2010). L'autonomie, aspiration ou condition ? www.La vie des idées.fr, 1-11. 26. Mars.
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes, travail, protection, statut de l'individu*. Paris : Seuil.
- Châtel, V. & Roy, S. (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Presses Universitaires du Québec.
- Clément, M. & Bolduc, N. (2004). Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire. In F. Saillant, M. Clément & C. Gaucher (Eds.), *Identités, vulnérabilités et communautés*. Éditions Nota Bene. Celat. 61-84.
- Collard, N. (2010). Slow media : un média à la fois. *Journal La Presse*, Montréal, Québec, 20 avril.

- Collin, J. & Suissa, J. A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19, 2, 25-33.
- Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, Temple University Press.
- Conrad, P. & Potter, D. (2000). "From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observation on the Expansion of Medical Categories", *Social Problems*, 47, 559-582.
- Conrad, P. & Leiter, V. (2004). "Medicalization, Markets and Consumers", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Conrad, P. (2005). The shiftins engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 1, 3-14.
- Corcos, M. & Jeammet, P. (2003). Conduites de dépendance : principales conceptions psychopathologiques. In M. Corcos, M. Flament & P. Jeammet, *Les conduites de dépendance* (pp. 75-103). Paris : Masson.
- Courrier International (2008). À votre santé : merveilles et dérives de la médecine du XXI^e siècle. Octobre-décembre. Numéro Hors Série.
- Couteron, J.-P. (2009). Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation. *Psychotropes*, 15, 4, 9-25.
- Di Vittorio, P. (2005). « De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire ». In A. Beaulieu (Ed.), *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec : Presses de l'Université Laval, pp. 91-123.
- Drummond, K. (2010). Big changes proposed for bible of psychiatrist treatment. www.aolnews.com/nation/article/big-changes-proposed-for-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders/19352107. Consulté le 2 mai 2010.
- Ehrenberg, A. (2010a). Société du malaise ou malaise dans la société : réponse à Robert Castel. www.la-vie-des-idees.fr, 1-11. 30 Mars.
- Ehrenberg, A. (2010b). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Furtos, J. (2005). « Souffrir sans disparaître ». In M. Joubert & C. Louzoun (Eds.). *Répondre à la souffrance sociale*. Ramonville-Saint-Agne, érès, pp. 10-38.
- Gori, R. & Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris : Denoël.
- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*, Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, A. (1990). *Logic of Social Control*, New York: Plenum Press.
- Le Bossé, Y. (2008a). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 21, 1, 137-149.
- Le Bossé, Y. (2008b). Penser pour agir. L'impératif d'une praxis scientifique dans le champ des pratiques sociales. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 21, 1, 159-166.
- Le Bossé, Y. (2007). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible ? Site de l'Association Nationale des Assistants de services sociaux. <http://anas.travail-social.com/>
- Lessard, D. (2008). *Les antipsychotiques explosent chez les aînés et les démunis*. www.cyberpresse.ca/article/2008201/cpactualites/802010596.
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*. Paris : Gallimard.
- Lloyd, G., Stead, J. & Cohen, D. (2006). *Critical new perspectives on ADHD*, London: Routledge.

- Lourdes, R. D. B. et Poirel, M.-L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la gestion autonome des médicaments de l'âme. In A. J. Suissa & J. Collin (Eds.), *Médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention. Nouvelles Pratiques Sociales*, 9, 2, 111-127.
- Macdonald, N. (2006). I wanna be sedated: the insomnia epidemic is now affecting kids. *Maclean's*. January.
- Morel, A. & Couteron, J.-P. (2008). *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod.
- Musil, R. (1956). *L'homme sans qualité*. Paris : Seuil.
- Nadeau, L. (2009). « Les addictions dans une société qui favorise les excès ». Conférence Midi de l'ACFAS. Association Canadienne Française de l'avancement des Sciences. Montréal (Avril).
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge et Kegan Paul.
- Parsons, T. (1975). "The sick role and the role of the physician reconsidered", *Health and Society*, 53, 257-277.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Recueil de textes. Faculté de l'Éducation Permanente. Université de Montréal.
- Peele, S. (2004). *Seven tools to beat addiction*, Random House.
- Pfhol, S. (1985). *Images of deviance and social control*. New York: McGraw Hill.
- Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs*. Ramonville-Saint-Agne, érès.
- Plante, M.-C. (2008). Double jeu : le dilemme éthique des médecins avec les personnes à l'aide sociale. *CREMIS*, 1, 1, 16-20.
- Ross, E. (1901). *Social control: a survey of the foundations of order*. New-York: Macmillan.
- Saint-Germain, C. (2005). *Paxil blues*, Paris: Boréal.
- Saint-Onge, J.-C. (2005). *L'envers de la pilule*, Écosociété.
- Soulet, M.-H. (2004). Faire face et s'en sortir vers une théorie de l'agir faible. In F. Sallant, M. Clément & C. Gaucher (Eds.), *Identités, vulnérabilités et communautés*. Éditions Nota Bene. Celat. 167-214.
- Spencer, H. (1898). *The principles of sociology*. New York: Appleton et Company
- Suissa, J. A. (2001). Cannabis, social control and exclusion: the importance of social ties. *International Journal of Drug Policy*. 2 (5-6), 385-396.
- Suissa, J. A. (2007). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*, Deuxième édition mise à jour. Fides.
- Suissa, J. A. (2008). Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux. *Psychotropes*. 14, 2, 61-80.
- Suissa, J. A. (2009a). Médicalisation, Ritalin et enjeux sociaux : la performance dans une pilule. In Sanni Yaya (Ed.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Presses Université Laval, 14, 301-318.
- Suissa, J. A. (2009b). *Le monde des AA*. Presses Universitaires du Québec.
- Timco, C., DeBendetti, A. & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addictions*, 101, 5, 678-688.
- Tinland, O. (2005). La part maudite de l'individu. *Le Nouvel Observateur*, Hors série n° 58, mai-juin.
- Van Caloen, B. (2004) « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage des drogues, *Santé et Société*. 3, 1, 69-86.

Watters, E. (2010). "How the US exports its mental illnesses". *New Scientist Magazine*. Issue 2744, January 20th.

Weil, A. (2007). Weil-being. *Discover*. September, 66-70.

www.slowmedia.typepad.com: Site Web de la professeure Jennifer Rauch. Consulté le 20 avril 2010

www.carlhonore.com. Site Web de l'auteur du livre *Éloge de la lenteur*.