

Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières

Evelyne Bergeron

Volume 15, numéro 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031551ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031551ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bergeron, E. (1990). Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 223–236. <https://doi.org/10.7202/031551ar>

Résumé de l'article

Avec l'avènement de l'idéologie féministe, les femmes ont cru pouvoir se confectionner des outils sur mesure pour se libérer de l'oppression et pour s'émanciper. Cependant, le passage de l'idéologie à l'intervention pratique a posé un certain nombre de difficultés ; par contre, à certains points de vue, le féminisme constitue un apport majeur et absolument indéniable. Ce sont les grandeurs et les misères d'une telle intervention dont cet article fait état.

Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières

*Evelyne Bergeron**

Avec l'avènement de l'idéologie féministe, les femmes ont cru pouvoir se confectionner des outils sur mesure pour se libérer de l'oppression et pour s'émanciper. Cependant, le passage de l'idéologie à l'intervention pratique a posé un certain nombre de difficultés ; par contre, à certains points de vue, le féminisme constitue un apport majeur et absolument indéniable. Ce sont les grandeurs et les misères d'une telle intervention dont cet article fait état.

Cet article rend compte de l'évolution d'une pratique qui s'est voulue féministe. L'expérience dont il est ici question est rare dans le réseau des services publics au Québec et au Canada : un traitement spécialisé pour les femmes alcooliques et toxicomanes. Jusqu'au milieu des années 70, la plupart des intervenants dans ce domaine (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers-ères, bénévoles, etc.) ne faisaient aucune mention des différences dans le vécu des hommes et des femmes aux prises avec le problème de surconsommation. Le féminisme a favorisé l'émergence de nos nouveaux savoirs, permettant de prendre conscience des réalités jusque là insoupçonnées. On a ainsi découvert des différences importantes entre les deux sexes, tant dans le type de consommation que dans les implications biopsychosociales. Il n'en fallait pas plus pour voir naître une littérature foisonnante sur la question, inspirée par une nouvelle vision féministe de cette réalité ; en proposant de nouveaux modèles d'analyse, le féminisme présentait aussi des postulats d'intervention différents et révolutionnaires. Cependant, confrontée à la pratique, l'intervention féministe a posé certaines questions sur ses limites et son applicabilité. Était-il possible d'implanter un nouveau système de valeurs à des gens en difficulté ? Cette volonté ne suppose-t-elle pas chez l'intervenant une certaine position autoritaire (ce qui est contraire aux principes féministes en intervention) ? Enfin, est-il possible de concilier des objectifs de changement de valeurs avec les besoins des femmes ? Communiquer aux lectrices et aux lecteurs le fruit de ces réflexions constitue le but de cet écrit.

* L'auteure est agente de relations humaines à Domrémy, Trois-Rivières.

Préambule

Il importe à ce stade de préciser le cadre auquel se réfère cet article. Se démarquant des autres centres publics de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Domrémy Trois-Rivières se dotait en 1982 d'une Unité de traitement pour femmes seulement et d'une équipe clinique féminine. L'établissement espérait de cette façon régler ou du moins réduire sensiblement les problèmes que lui causait sa clientèle féminine. D'une part, elles étaient peu nombreuses à fréquenter le Centre, alors que nous savions que le problème de surconsommation chez les femmes était bien réel et très répandu¹. D'autre part, les rares femmes utilisant les services internes se retrouvaient souvent en si petit nombre qu'elles avaient tendance à se sentir perdues et à reproduire les mêmes attitudes stéréotypées vécues dans leur milieu ; en réalité, les femmes en traitement demeuraient préoccupées par les autres, tassaient de nouveau leur vécu et leurs besoins, puis finalement conservaient le même rôle qui avait contribué à les rendre « malades ». De plus, Domrémy Trois-Rivières faisait le pari qu'en élaborant un programme d'intervention basé sur les nouveaux savoirs apportés par l'analyse féministe en matière de condition féminine et de toxicomanie², celui-ci répondrait mieux aux besoins des femmes. Était-ce là un « beau risque » ?

Élaboration du premier programme d'intervention féministe à Domrémy Trois-Rivières

Les femmes fréquentant le service dans les années 1982 à 1984 avaient les caractéristiques suivantes : elles étaient âgées en moyenne de 33.5 ans (comparativement à 38.8 ans chez les hommes) ; plus de la moitié connaissaient une double assuétude avec l'alcool et les médicaments, et ce, de façon plus significative chez les 25-39 ans. Fait intéressant à souligner : le rapport statistique annuel de 1981-82 de Domrémy Trois-Rivières, de même que ceux des années précédentes, ne font aucune mention de toxicomanies autres que l'alcoolisme³. À l'observation, il est possible de constater que les femmes reçues dans l'unité durant ces années buvaient à la maison dans les 3/4 des cas, étaient isolées et vivaient seules ou avec leurs enfants dans une proportion d'environ 40 à 50 %. Parmi celles qui avaient un conjoint, plusieurs subissaient de la violence de sa part et étaient aussi victimes de l'alcoolisme de celui-ci. Leur faible revenu et leur soumission à un rôle traditionnel constituent d'autres traits les caractérisant.

Ces femmes qui, pour la plupart, avaient manqué à ce rôle à cause de leurs intoxications fréquentes, véhiculaient un discours semblable : elles désiraient cesser de boire et de prendre des médicaments, afin de redevenir « comme avant », ou être les mères et les épouses qu'elles rêvaient de devenir ; elles se sentaient coupables, dévalorisées par leur échec et déprimées. Elles demandaient à être « guéries » de leur dépression, de leur hostilité, de leur agressivité afin de redevenir « normales ». Avec le temps, on constate que ces femmes exprimaient une immense et profonde détresse

qui était reliée principalement à la peur et au risque de rejet social et familial. La société voit d'un très mauvais œil la femme qui boit ou se drogue, pis encore si c'est une mère. Plus les femmes dépendent de leur entourage, plus le coût du rejet est élevé ; par exemple elles peuvent y perdre leurs rêves, plusieurs amis, leur famille, leur statut social, leur sécurité financière, émotive, possiblement leurs enfants et peut-être même leur santé physique et mentale. C'est cela même qu'elles craignent, mais dont elles n'osent parler. Au lieu de cela, elles ont honte, se cachent, se sentent incompétentes et souffrent de dépression.

De son côté, l'équipe d'intervenantes entendait quelque chose de différent. Nous avons tendance à vouloir tout expliquer rationnellement et à associer indistinctement tous ces symptômes à des conflits de rôle, à la place désavantageuse des femmes dans notre société, à leur isolement et à des manques culturels au niveau de leurs apprentissages. Nous analysions tout ce qu'elles disaient à travers la grille de l'oppression des femmes, que nous percevions comme victimes de notre société patriarcale.

Les réponses prévues dans le programme d'intervention furent nécessairement élaborées à partir de la lecture et de l'analyse que l'équipe faisait de cette réalité. À part les soins particuliers destinés aux alcooliques et toxicomanes femmes et hommes⁴, le programme comportait des objectifs visant surtout la conscientisation des bénéficiaires : la stigmatisation sociale dont les femmes alcooliques et toxicomanes sont victimes, la connaissance de la condition féminine, l'influence des rôles et des apprentissages, la situation sociale et économique des femmes dans notre société, l'information sur le système médical et son mode de réponse sexiste. Nous pensions qu'en aidant les femmes à devenir plus conscientes de leur oppression, il serait plus facile de travailler à l'amélioration de leurs compétences interpersonnelles et sociales. Nous avons prévu aussi une partie d'entraînement aux habilités sociales, surtout l'expression et l'affirmation de soi, en plus d'une exploration des influences et des ressources de l'environnement⁵. Bref, ainsi équipées, les femmes devaient être capables de rester sobres et d'avoir une qualité de vie plus acceptable.

Les réponses des femmes ne tardèrent pas. Notre discours de cette époque fut perçu par les bénéficiaires de nos services comme « féministe » dans ce que ce mot peut évoquer de plus péjoratif. Elles croyaient que nous haïssions les hommes et voulions les éliminer de leur vie ; en réalité elles nous reprochaient indirectement de ne pas les comprendre, de ne pas les accepter telles qu'elles étaient et elles n'avaient pas tort. Plusieurs d'entre elles maintenaient des relations où elles étaient dépendantes des hommes qui ne les aimaient pas, ne les respectaient pas ou les violentaient. De plus, se sentant responsables de ces problèmes, elles cherchaient désespérément des moyens de ressouder leur relation et leur famille, pendant que nous, nous leur parlions d'autonomie, de contraintes de rôle et de sexisme. Nous avions le sentiment de ne pas les rejoindre et, de fait, elles nous le

démontraient par plusieurs indices : départs prématurés, attitudes défensives, passives ou de victimes, faible taux d'occupation des lits.

Le creux de la vague

Devant tant de dissonance, un constat s'imposait. Notre discours n'atteignait pas les femmes et demeurait peu significatif. Nous avions l'impression de ne pas parler la même langue et, ce qui paraissait très démoralisant, cette incompréhension réciproque rendait impossible un travail en profondeur sur des questions très préoccupantes et chères au féminisme, telles l'identité versus les rôles, dont celui de mère, la violence, les abus sexuels. Ces questions sont indissociables du vécu de toxicomanie chez les femmes ; ne pas y travailler équivalait pour nous à maintenir l'interdit, le silence et à plus ou moins long terme la toxicomanie. Ainsi l'équipe n'arrivait pas à remplir son mandat, ce qui l'a forcée à se questionner à la fois sur ses postulats de base et sur son attitude générale.

Nous étions-nous enfermées dans une vision trop étroite de la réalité ? L'enthousiasme et la ferveur du début avaient-ils créé une attitude radicale qui desservait les buts à atteindre ? Il a fallu s'interroger à savoir si notre intervention ne contribuait pas à maintenir leur sentiment d'incompétence, en apportant aux femmes un discours qu'elles ne comprenaient pas ou qui ne les rejoignait pas. Par exemple, nous avons remarqué une forte propension pour certaines à créer très rapidement des liens amoureux avec les hommes en traitement et reproduire ainsi les mêmes types de relations pathologiques, et ce malgré notre discours très approfondi sur l'autonomie avec lequel elles semblaient d'accord. Il est probable que la distance entre notre message et leurs préoccupations était si grande qu'elles se sentaient peu concernées. Le même phénomène se remarque avec le discours sur l'oppression des femmes. La forte majorité de notre clientèle est constituée de femmes qui n'ont acquis aucune notion de respect de soi, ni de droit à l'intégrité physique et morale. Celles-là sont extrêmement vulnérables au discours sexiste dominant selon lequel une femme subissant des agressions les mérite et même les désire. Lorsque la peur et la survie sont les enjeux, la réflexion n'est pas vraiment possible, ni prioritaire ; elle devient inutile et étrangère. De ce point de vue, notre intervention ne contribuait-elle pas à maintenir les femmes dans leur impuissance ? En fin de compte, question cruciale et très personnelle, étions-nous en train d'agir de la même façon que les femmes que nous voulions aider, c'est-à-dire tenter d'occulter la souffrance (essentielle au changement véritable), elles par leur toxicomanie, nous par un féminisme trop radical ?

Il devenait alors essentiel d'abandonner nos idées préconçues et de reprendre tout à partir du début. Par conséquent, le féminisme fut relégué au second plan, sur le même pied d'égalité que le savoir clinique antérieur à celui-ci. Nous espérions que cette ouverture d'esprit donnerait aux femmes la liberté suffisante pour risquer d'être elles-mêmes et de parler de leurs

vraies préoccupations ; à partir de là seulement, nous élaborerions notre intervention.

Il fallait d'abord écouter les femmes, écouter leur honte, leur culpabilité, leurs doutes, qui allaient jusqu'à une très grande détresse et au désespoir. C'est précisément cette détresse inouïe qu'il était difficile d'entendre ; ce discours nous atteignait bien au-delà de ce que nous pensions et nous y étions mal préparées. Quoi de plus bouleversant et confrontant que le récit d'une femme assaillie sexuellement, victime d'inceste, ou encore violente par son conjoint ? L'écoute humble et attentive des femmes en traitement a aussi permis aux membres de l'équipe une meilleure écoute d'elles-mêmes et de leurs limites ; ici encore, nous reproduisions les mêmes comportements qu'elles, en s'oubliant et en laissant de côté nos besoins. En appliquant davantage sur nous-mêmes ce que nous tentions de communiquer aux bénéficiaires, c'est-à-dire le respect de soi et de nos limites, nous retrouvions du même coup un meilleur état de santé physique et moral et notre discours devenait plus crédible et plus réaliste pour les femmes avec lesquelles nous travaillions. Une question se pose ici, une question très féminine : était-il donc nécessaire d'établir cette émancipation pour d'autres, afin de la réaliser pour nous-mêmes ?

Au-delà du premier regard

Le constat, les questionnements qu'il a suscités, ainsi que les correctifs apportés supposent un processus exigeant mais stimulant ; il a permis des ouvertures intéressantes ainsi qu'une lecture beaucoup plus approfondie et pertinente de la réalité. Cela est dû surtout au fait que nous nous soyons rapprochées des femmes en traitement ; en changeant de point de vue, le regard ne peut qu'être différent et permet de voir ce qui auparavant était invisible.

Le discours « émotif » des femmes

Le fait de regrouper des femmes laissait espérer que celles-ci parleraient plus facilement et ouvertement de leurs préoccupations qu'au sein de groupes mixtes. Ce postulat n'est pas faux, mais il doit être nuancé. Il faut un certain temps pour saisir qu'en réalité, ce discours « émotif » des femmes n'est autre chose que l'illusion de verbalisations émotives. En fait, l'écoute et l'observation sans préjugés ont permis de constater la tendance des femmes en traitement à exprimer seulement des émotions acceptables (peine, tristesse, culpabilité, etc.), alors qu'un immense interdit demeure sur une autre série de sentiments tels la colère, la révolte, le mépris, la vengeance, la cruauté, l'agressivité, la violence. En cela, c'est un comportement très conformiste, qui contribue à masquer la réalité et empêche de livrer l'objet des vraies préoccupations. Conformément aux stéréotypes, les femmes ont tendance à retourner leurs sentiments agressifs contre elles-mêmes et contre les autres femmes, ce qui a confronté l'équipe thérapeutique

à un autre problème, soit celui des conflits interpersonnels dans les groupes de femmes.

Les conflits interpersonnels dans les groupes de femmes

Il s'est avéré difficile (même après quelques années de pratique) de composer avec les conflits interpersonnels entre femmes, et d'en tirer avantage. À cause des enjeux du traitement (sortir momentanément de leur rôle, quitter mari et enfant, avouer à leur entourage le « honteux » problème de toxicomanie), elles ont tendance à retarder l'heure du traitement et, lorsqu'elles y consentent, elles sont souvent dans un état de grande détérioration physique, morale, affective et sociale. L'estime d'elles-mêmes est au plus bas et la souffrance à son apogée⁶. Elles sont vulnérables, frustrées, agressives et déprimées parce qu'en plus elles ont perdu le respect de leur entourage. Cette difficulté contamine largement leurs rapports avec leurs paires. Ainsi, en situation de conflit, elles se sentent menacées et ont tendance à adopter des attitudes méprisantes et cruelles envers les autres femmes. À l'analyse, on se rend compte que cette cruauté ne fait que trahir leur souffrance et leur haine d'elles-mêmes. Ces conflits interpersonnels sont difficiles à gérer pour plusieurs raisons ; d'abord l'hostilité qu'elles ressentent, bien que sourde et muette, n'est pas moins présente et s'exprime de manière indirecte, à travers des attitudes plutôt qu'avec des paroles ou des gestes directs ; l'agressivité demeure ainsi agissante, ressentie mais insaisissable. Ces pratiques peu claires laissent toute la marge d'interprétation nécessaire pour que l'interlocutrice se sente menacée et se retrouve dans ce qu'elle connaît déjà, c'est-à-dire un univers où les modèles de communication sont pathologiques et où tout le monde est perdant. Ainsi il est fréquent de constater qu'un fait en apparence très banal peut les mettre en contact avec une douleur dont l'intensité dépasse de beaucoup ce qui l'a provoquée. À cela s'ajoute une autre difficulté : le délai entre l'incident et l'explication ; au moment où le conflit éclate au grand jour, il date souvent de plusieurs jours ou plusieurs semaines, ce qui rend pratiquement impossible d'en retrouver l'origine et de le résoudre.

C'est là une situation empoisonnante pour la vie de groupe et qui bloque toute possibilité de croissance. La priorité doit être mise à élaborer des stratégies visant à diminuer les probabilités que cette agressivité se manifeste entre les participantes. Sans nier que les femmes sont parfois déloyales, il est important qu'elles comprennent qu'en se posant en rivales, elles protègent les hommes déloyaux et malhonnêtes qui les font souffrir. La question ici n'est pas de parler en mal des hommes, ce qui équivaldrait à nier les besoins des femmes, mais plutôt de saisir les enjeux de la dépendance féminine. Elles s'accrochent à leurs hommes, même s'il leur faut occulter leur conscience et leur potentiel plutôt que de reconnaître les problèmes réels du couple (ce qui est aussi quelque chose de très menaçant). La colère provient d'un besoin insatisfait ; il importe donc de valider celle-ci sans pour autant l'alimenter, mais aussi d'en trouver l'origine. Elle est la

plupart du temps catalysée en fonction des valeurs sociales dominantes, et se retourne contre les femmes. Il apparaît qu'un travail de conscientisation et de satisfaction du besoin en question soit beaucoup plus constructif.

Illustration de quelques aspects curatifs

En laissant de côté le désir d'imposer des valeurs féministes, l'intervention s'orientait davantage vers l'écoute, la permission de nommer l'interdit et le silence, le droit à l'expression de soi. Paradoxalement, ce sont ces attitudes qui ont contribué à maintenir un regard féministe et favorisé l'émergence de plusieurs aspects curatifs de l'intervention en groupes de femmes. En voici quelques-uns.

La réconciliation avec l'identité de femme

Bien que les femmes acceptent de mieux en mieux de se joindre à d'autres femmes, on a observé que leurs rapports entre elles demeurent l'objet de craintes et de réticences. Que peuvent leur apporter des semblables, qu'elles perçoivent comme aussi opprimées et déchues qu'elles ? C'est au travers des résistances à *appartenir* à un groupe de femmes que sont perceptibles tous les problèmes qu'ont celles-ci par rapport à leur identité. Il est évident que beaucoup de femmes se haïssent, haïssent leur état de femmes. L'oppression du sexe féminin dans notre société devient ici très visible à travers ces femmes qui ont tenté de se conformer à un rôle précis ou qui l'ont contesté. Quelle qu'ait été la stratégie d'adaptation, elles en paient le même prix : l'oppression, la pauvreté, le repli sur soi, la culpabilité, le doute, la haine de soi (et des autres), le rejet des sentiments agressifs, la dépression, les sentiments d'incompétence, d'échecs et d'impuissance généralisée.

Le fait de pouvoir partager cette difficulté commune permet un changement de point de vue utile pour dédramatiser ce qui est vécu individuellement et intimement, et permet de poser le problème dans une perspective collective. La décharge de tension et de culpabilité rend possible alors un examen de soi plus réaliste mettant en cause les forces et les faiblesses. Il est certain aussi que les rapprochements rendus possibles grâce à ce partage favorisent grandement le respect et la réconciliation avec son identité de femme. Autant les femmes peuvent déployer de l'énergie à se haïr, autant cette intensité peut se transformer en affection. Pour une femme, le fait d'avoir une réelle affection et un authentique respect pour une autre femme est en soi curatif pour la recherche de sa propre identité.

Retrouver son identité à travers les différents rôles

La question des rôles des femmes demeure une préoccupation majeure dans notre travail ; elle a survécu aux questionnements, parce qu'elle est au centre du vécu des femmes toxicomanes. À l'analyse cependant, il apparaît que les femmes connaissent un problème important d'authenticité. Habitues à se soumettre à un rôle qui est surtout fait d'abnégation et de

don de soi, celles qui désirent se prendre en charge se voient souvent devant un grand vide. Qui suis-je, à part quelqu'un qui souffre? Quels sont mes besoins, mes goûts, mes idées? Ce sont des questions que plusieurs d'entre elles ne se sont jamais posées. Les femmes alcooliques et toxicomanes ont une longue habitude de fuir et de se cacher; or, il s'avère que cesser de jouer des rôles est très menaçant et plusieurs hésitent beaucoup à le faire. Il est très difficile de savoir ce qu'elles pensent et veulent; elles-mêmes ne le savent pas. Ce rôle d'abnégation, de don de soi au profit des autres n'amène pas seulement un problème d'identité, mais aussi beaucoup de frustration et d'injustice. Elles deviennent extrêmement habiles à deviner les besoins des autres et à s'en occuper, ce qui les met dans une situation profondément inéquitable. Elles attendent des autres une certaine réciprocité qui ne vient pas; elles sont alors frustrées et blessées dans leur amour propre et demeurent toujours en manque. De plus, comme la satisfaction et la gratification ne peuvent venir que des autres, le contrôle de ceux-ci apparaît comme une nécessité vitale. Parmi les moyens les plus fréquemment observés se trouve la tentative de garder les autres dépendants d'elles; la peur que les membres de leur famille n'arrivent pas à se passer d'elles durant leur absence masque, la plupart du temps, la crainte qu'effectivement ils y arrivent et cela les confronte à leur sentiment d'inutilité. La victimisation constitue un autre moyen de contrôle des autres; cette tactique vise principalement à culpabiliser et responsabiliser les autres pour ce qui leur arrive à elles, afin de les garder proches d'elles.

Il faut beaucoup de temps et de patience pour abandonner un tant soit peu des mécanismes de défense aussi solidement ancrés. Lorsqu'elles s'aperçoivent que les fondements de leur sécurité sont minés, certaines commencent à chercher à l'intérieur d'elles-mêmes ce qu'elles ont de plus authentique et, avec un infini courage, réorientent leur vie autrement. D'autres chercheront désespérément à s'accrocher au premier homme venu, ou recommenceront à consommer abusivement, retardant ainsi l'heure de vérité.

Le regroupement des femmes leur permet de faire l'expérience de se centrer sur soi et de devoir faire quelque chose pour soi. L'expérience s'est avérée être très efficace pour favoriser le constat des contraintes que suppose leur rôle et motiver les femmes dans leur recherche de nouveaux modèles comportementaux. À partir du moment où elles commencent à penser à elles et à découvrir leur capacité et leur pouvoir d'améliorer leur sort, les femmes ne sont plus jamais comme avant, même si elles retournent dans un milieu et une situation qui n'ont pas changé. La question n'est plus de savoir qui est coupable et l'enjeu est de composer alors avec leurs besoins propres.

Le rôle de mère

La question des rôles des femmes devient infiniment plus délicate lorsqu'il est question du rôle de mère. Le féminisme permettait de saisir

le caractère catastrophique, pour la société, du manquement d'une mère à son rôle. Le fait qu'elles soient alcooliques ou toxicomanes donne une dimension plus tragique, parce qu'elles sont jugées et se jugent elles-mêmes comme entièrement responsables, ne trouvant aucune justification acceptable à leur comportement. Il apparaissait important, pour notre groupe, d'aider les femmes à dédramatiser leur vécu et leur culpabilité, le but étant non de les déresponsabiliser, mais bien de leur permettre un examen plus réaliste.

À la longue, l'équipe en est venue à élaborer une stratégie en plusieurs étapes qui permet de ramener ce rôle à des proportions plus réalistes (droit à l'erreur, ambiguïté de sentiments, etc.) et privilégie l'importance de s'occuper d'elles-mêmes. Lorsque les femmes ont une vie à elles, l'éducation des enfants prend un sens différent. De cela résulte que les femmes arrivent à parler davantage et à échanger sur leurs difficultés, au lieu de les garder cachées comme avant. Cette façon de travailler comporte d'immenses avantages ; elle permet d'explorer de nouveaux modèles, mais surtout d'envisager avec les femmes des espoirs de changement dans une perspective à long terme. Il est très réconfortant et motivant de savoir qu'à la fin du stage, la démarche peut encore se poursuivre et que le processus peut se continuer avec d'autres ressources. Nous croyons au pouvoir curatif de la parole : lorsque les choses sont nommées et entendues, elles existent et il est davantage possible de s'en occuper.

La violence et les abus sexuels

Entre 70 et 80 % des bénéficiaires de nos services ont été victimes de violence, d'abus sexuels ou d'inceste. Il n'était pas évident qu'en regroupant les femmes, elles en parleraient plus facilement, même si cette question est cruciale dans leur vécu. L'interdit et la honte demeurent très puissants. La stratégie qui paraît la plus efficace consiste pour l'équipe d'intervenantes à prendre l'initiative d'ouvrir directement le sujet par le biais de séances d'information sur le cycle de la violence, les risques d'escalade, les abus sexuels, le harcèlement. Nous ajoutons aussi de l'information sur les risques et les conséquences qu'encourent les enfants qui en sont témoins ou victimes, ce qui renforce de beaucoup la motivation de ces femmes à s'occuper d'elles-mêmes ; le danger auquel sont exposés les enfants devient souvent la principale et la plus efficace des motivations. En misant sur le changement, les femmes retrouvent l'espoir, le goût de se respecter et le courage nécessaire pour agir.

Et le féminisme ?

Quelle est la personne qui peut dire ce que lui a réellement apporté le féminisme ? Une chose est absolument certaine, c'est qu'il a modifié d'une façon définitive non pas seulement nos façons d'intervenir, ou d'analyser les problématiques masculine et féminine ; c'est toute notre façon de nous percevoir comme homme et comme femme qui s'en trouve profondé-

ment influencée. Le féminisme a permis de mettre au jour l'équivalent de la face cachée de la lune. Toute une partie de la réalité avait été occultée dans notre société patriarcale et sexiste. Une lumière nouvelle fut faite sur des dimensions de la vie économique, sociale et psychologique des femmes qui ne peuvent plus être ignorées et qui modifient notre façon de voir le monde.

En matière d'intervention, le féminisme a eu une influence majeure au plan conceptuel. L'analyse de la situation économique et sociale des femmes a permis de faire des pas énormes dans la compréhension de certaines pathologies. L'utilité de ces apports est incontestable. Le féminisme est cependant plus critiquable sur ses propositions d'intervention. En somme, il a fallu qu'il cesse d'être LA préoccupation centrale d'intervention pour qu'on lui redonne sa valeur réelle et qu'on réintroduise le savoir clinique laissé en arrière-plan. Autrement dit, ce n'est qu'en envisageant le féminisme comme un apport parmi d'autres, un apport majeur bien sûr, qu'il a commencé à être véritablement utilisable en intervention. Prendre de front et attaquer systématiquement les rôles féminins supposent une déstructuration dont nous mesurons mal l'étendue ; l'enseignement féministe ne nous avait pas apporté l'éclairage suffisant. C'est au fur et à mesure que s'est effectuée cette prise de conscience que nous avons nuancé notre discours et modifié non pas notre orientation, mais notre « *niveau de préoccupation* ».

Le féminisme nous avait à juste titre sensibilisé à l'aspect profondément victime du vécu des femmes. Mais cette notion s'est avérée peu utile et inopérante en intervention directe, surtout parce qu'il apportait trop peu d'indices sur la façon dont l'oppression est métabolisée par les femmes. Tant et aussi longtemps que les femmes se considèrent comme victimes, il est impossible d'aborder avec elles leur part de responsabilité qui est directement proportionnelle à leur part de pouvoir de changement : c'est là qu'il prend source. On ne peut changer que ce qui dépend de nous.

Nous pouvons nous demander jusqu'à quel point le discours féministe, qui est un discours d'abord théorique, n'a pas servi de paravent, occultant une part essentielle de la réalité. Tant que la perspective demeurait sociale, on pouvait éviter d'être touchées par toute la charge émotive qu'implique un tel vécu, et qui se doit d'être nommé et entendu. Le féminisme ou plutôt l'analyse féministe s'est possiblement trompée sur elle-même. Il semble qu'on ait traduit beaucoup trop rapidement les apports théoriques en concepts opérationnels pour l'intervention, ce qui en a induit plus d'une en erreur. En réalité, il est probable que les féministes se soient elles-mêmes piégées par le zèle et l'enthousiasme qu'elles ont manifestés, au même titre que par des résistances énormes qui en ont émergé. Personne ne soupçonnait au début jusqu'à quel point ce nouveau savoir nous bouleverserait et nous atteindrait jusque dans notre vie intime comme homme ou femme. Il n'est donc pas étonnant que ce mouvement qui nous a tous dépassés, à un moment ou à un autre, ait été confronté à des tâtonnements ou des erreurs

de jugement qui, heureusement, peuvent maintenant être corrigés. Nous avons oublié temporairement le but ultime visé par toutes et tous, soit l'amélioration de nos rapports avec nous-mêmes et avec les autres, qu'ils soient hommes ou femmes. Le féminisme a eu le mérite fantastique d'avoir permis l'émancipation de notre société et de l'avoir fait mûrir de presque un siècle en l'espace de dix ans. Nous ne serons plus jamais les mêmes.

Les conclusions

Bien que tout porte à croire que le regroupement des femmes en traitement soit beaucoup mieux adapté et réponde davantage aux besoins de celles-ci, il ne faut cependant pas que nous cessions de critiquer et de remettre en question ce que nous faisons. Bien que plusieurs institutions se soient adaptées et données des services spécialisés pour les femmes, il est impératif de demeurer vigilantes. Le féminisme n'est plus une préoccupation de premier ordre, mais il nous faut rester très vigilant-es quant au sexiste. Il est plus insidieux, plus subtil, moins visible en général, mais encore très présent.

Il est certain que le féminisme a déçu ; il avait créé beaucoup d'attentes et n'a pas tout réglé. Le fait d'avoir cru qu'il pouvait le faire a placé plusieurs intervenantes féministes dans l'obligation de répondre ou de faire face à *tous* les problèmes des femmes, sans nécessairement avoir reçu la formation nécessaire. Qu'on se réfère aux problèmes de violence, d'inceste, ou de négligence parentale, chacun de ces problèmes fait l'objet d'une spécialisation. Plusieurs intervenantes (comme nous) ont cru que les groupes de femmes pourraient résoudre à peu près tous les problèmes. Or il n'en est rien. D'immenses efforts très louables ont été faits et ont apporté des résultats extrêmement valables, mais tout n'est pas fait. Tant de choses encore doivent être améliorées comme les services de garde d'enfants pour les femmes, les services aux victimes de violence, d'abus sexuels ou d'inceste, les services de soutien et d'orientation dans la formation et l'emploi, les services externes pour les femmes aux prises avec toutes sortes de problématiques (toxicomanie, psychiatrie, dépression, etc.).

En matière de toxicomanie, il est important de développer davantage de services externes qui pourraient mieux répondre aux besoins de certaines catégories de femmes, comme par exemple celles qui travaillent à l'extérieur, celles qui ne peuvent quitter leur milieu (entre autres celles en milieu rural), celles qui craignent le rejet social lié aux préjugés...

En définitive, il ne faut pas oublier que le féminisme, malgré ses erreurs, demeure un élément essentiel à la connaissance de l'humain. Le fait qu'il y ait eu un écart énorme entre les modèles d'interventions féministes et la pratique démontre bien toute la difficulté d'implanter de nouvelles valeurs, ce qui est vrai pour toute tentative de changement. Qu'on se soit frappé à des concepts trop théoriques ou qu'on ait développé une pratique trop rationnelle, c'est cela même qu'il fallait dépasser pour avoir une pratique féministe. C'est à travers les femmes qu'on apprend le

féminisme. Les écouter favorise l'émergence des contenus féministes et permet de conceptualiser ce qui est opérationnel en intervention.

Nous croyons, malgré ce qui précède, que beaucoup de choses appartenant au vécu des femmes n'ont pas encore été dites et entendues. Il demeure essentiel de maintenir des lieux d'intervention où les femmes puissent parler librement entre elles, où elles puissent se reconstituer et se préparer à des relations de meilleure qualité avec leurs pairs, hommes, femmes et enfants.

Notes

1. Beckman, 1976 et 1978 ; Carver, 1977 ; Cooperstock, 1971, 1978, 1979 ; Gomberg, 1979 ; Jacob, 1971 ; Nadeau, 1978, 1979, 1981 ; Harding 1978 ; Schuckit, 1979.
2. La bibliographie mentionne quelques-uns des principaux écrits qui ont servi d'inspiration à celles et ceux qui ont travaillé à l'implantation et au maintien de l'Unité.
3. Malheureusement, aucune statistique concernant les modèles de consommation et les caractéristiques psychosociales n'a été compilée durant ces années.
4. Traitement des symptômes de sevrage, apprentissage de la relaxation, techniques de sommeil et de gestion du stress, habitudes de vie saines, mise en forme physique.
5. Voir Bergeron, E., Durocher, O., 1985.
6. L'arrêt de la consommation de produits toxiques rend ces sensations très aiguës.

Références

- BECKMAN, L.J., 1976, Alcoholism problems and women : an overview in Greenblatt, M., Schuckit, M.A. Eds, *Alcoholism Problems in Women and Children*, Grune and Stratton, 65-97, New York,
- BECKMAN, L.J., 1978c, The psychosocial characteristics of alcoholic women, *Drug Abuse and Alcoholism Review*, 15, n° 6, 1-12
- BELOTTI, E.G., 1974, *Du côté des petites filles*, Éd. Des Femmes, Paris.
- BERGERON, E., CANTIN, H., LEBLOND, S., LECAVALIER, M., RICHER, G., 1983, *Rapport sur la toxicomanie féminine*, Domrémy Montréal.
- BERGERON, E., DUROCHER, O., 1985, La toxicomanie chez les femmes, *L'Intervenant*, 2, n° 1, 6-7.
- BOURGEOIS, L., MERCIER, C., NADEAU, L., 1984, *Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec*, Presses de l'Université du Québec, Sillery.
- CARVER, V., HUNEAULT, N., PINDER, L., 1977, *A Survey Conducted by the Task Group on Women and Chemical Dependency* (Ottawa-Carleton), Substudy No 837, Addiction Research Foundation, Toronto.
- COOPERSTOCK, R., 1971, Sex differences in the use of mood-modifying drugs. An explanatory model, *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 238-244.
- COOPERSTOCK, R., 1978, A Review of Women's Psychotropic Drug Use in *Women and Addictions : a Ressource Kit : Guidelines*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

- COOPERSTOCK, R., LENNARD, H.L., 1979, Some social meaning of tranquilizer use, *Sociology and Illness, I*, n° 3, 331-337.
- DE KONINCK, M., DUNNIGAN, L., SAILLANT, F., 1981, *Essai sur la santé des femmes*, Éd. officiel du Québec, Québec.
- FRENCH, M., *Toilettes pour femmes*, 1979, Éd. Laffont, Paris.
- FRIDAY, N., *Ma mère, mon miroir*, 1979, Éd. Robert Laffont, Paris.
- GOMBERG, E. Women, 1977, Work and alcohol: a disturbing trend, *Supervisory Management, 22*, n° 12, 16-20.
- GOVIER, K., 1981, Ladies on the rock: the anonymous alcoholics, *Weekend Magazine*, April 3 in Guyon, et al, Eds, *Va te faire soigner, t'es malade !*, Stanké, Montréal, 108.
- G.R.A.F.S., *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, 1983, Éd. coop. Albert Saint-Martin et Éd. du Remue-ménage, Montréal.
- GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L., 1981, *Va te faire soigner, t'es malade !* Stanké, Montréal.
- HARDING, J., 1978, *A Socio-Demographic Profile of People Prescribed Mood-Modifiers in Saskatchewan: final report*, Regina, Alcoholism Commission of Saskatchewan, Research Division, 50 p.
- JACOB, A.G., LAVOIE, C., 1971, Étude de quelques caractéristiques d'un groupe de femmes alcooliques », *Toxicomanies, 4*, 165-191.
- MARINIER, R., PIHL, R.O., LAPP, J., WILFORD, C., 1980, Consommation de psychotropes chez les femmes au Québec, *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs*, Programme d'information sur la femme, les tranquillisants mineurs et l'alcool, Santé et Bien-être social Canada.
- MORISSETTE, P., 1981, *L'alcoolisme chez la femme: étude thématique*, École de service social, Université de Montréal.
- MORISSEY, E.R., SCHUCKIT, M.A., 1978, Stressful life events and alcohol problems among women seen at a detoxification center, *Journal of Studies on Alcohol, 39*, n° 9, 1559-1576.
- NADEAU, L., 1978, Propositions pour l'intervention auprès de femmes alcooliques et toxicomanes, *Toxicomanies, II*, n° 3-4, 239-243.
- NADEAU, L., 1981, *Féminité et drogues: l'impossible réconciliation ?* in Guyon, L., Simard, R., Nadeau, L., Eds *Va te faire soigner, t'es malade* », Stanké, Montréal, 99-139.
- NADEAU, L., 1979, Les femmes et leurs habitudes de consommation de drogues, *Santé mentale au Québec, 4*, n° 2, 104-118.
- PINDER, L., BOYLE, B., 1977, Double jeopardy employees, *Addictions, 24*, n° 3, 19-35.
- SANDMAIER, M.A., 1980, *The invisible alcoholic: Women and Alcohol Abuse in America*, McGraw-Hil, New York.
- SCHUCKIT, M.A., 1978, The identification and management of alcoholic and depressive problems, *Drug Abuse and Alcoholism Review, I*, n° 4, 1-8.

- SCHUCKIT, M.A., MORISSEY, E.R., 1976, Alcoholism in women : some clinical and social perspectives with an emphasis on possible subtypes in Greenblatt, M., Schuckit, M.A., Eds., *Alcoholism Problems in Women and Children*, Grune and Stratton, New-York, 5-37.
- SCHUCKIT, M.A., MORISSEY, E.R., 1979 a, Drug abuse among alcoholic women, *American Journal of Psychiatry*, 136, n° 4B, 607-611.
- WILSNACK, S.C., Sex role identity in the female alcoholism, *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 253-261.

Summary

With the advent of feminist ideology, women believed they could fashion made-to-measure tools to end their oppression and emancipate themselves. However, passing from ideology to practice has led to a certain number of difficulties. On the other hand, the feminist viewpoint has made a major and undeniable contribution to society. This article dicusses the trials and tribulations as well as the successes of feminist practice.