

Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux¹

Amnon Jacob Suissa and Aude Bélanger

Volume 14, Number 1, June 2001

La dynamique partenariale : un état de la question

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/008329ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/008329ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Suissa, A. J. & Bélanger, A. (2001). Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux¹. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 133–151. <https://doi.org/10.7202/008329ar>

Article abstract

In the field of addictions, social practitioners in Quebec and in North America do not seem to share a common perspective regarding the conception of this phenomenon and the social interventions to be favoured. Through in depth interviews of 10 social practitioners recognized as key informers in their work milieu and consideration of four important markers in the addiction phenomenon cycle (individual, family, community, social change), the research results allow us to better understand the conceptual framework used by the practitioners and to analyse the content of the observed psychosocial changes.



Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux¹

Amnon Jacob SUISSA
Département de travail social
Université du Québec à Hull

Aude BÉLANGER
Étudiante à la maîtrise en travail social
Université du Québec à Hull

Le modèle traditionnel dominant en Amérique du Nord, dans le domaine des dépendances, traite ce phénomène comme un problème principalement médical. Par ailleurs, depuis une trentaine d'années, nous assistons à l'émergence d'un paradigme alternatif qui propose une vision de la dépendance d'inspiration psychosociale plutôt multifactorielle. Dans ce contexte, les divers intervenants sociaux dans le domaine des dépendances au Québec ne semblent pas avoir la même perception du phénomène ni des interventions sociales à privilégier. À travers des entrevues en profondeur effectuées auprès de 10 intervenants sociaux reconnus comme des informateurs clés dans leurs milieux respectifs en toxicomanie, cette recherche se veut une rétrospective des cadres conceptuels privilégiés par ces intervenants et des changements psychosociaux en intervention.

1. Nous tenons à remercier les services internes de recherche de l'Université du Québec à Hull, qui ont permis la subvention de cette recherche, ainsi que les divers intervenants ayant contribué à sa réalisation.

In the field of addictions, social practitioners in Quebec and in North America do not seem to share a common perspective regarding the conception of this phenomenon and the social interventions to be favoured. Through in depth interviews of 10 social practitioners recognized as key informers in their work milieu and consideration of four important markers in the addiction phenomenon cycle (individual, family, community, social change), the research results allow us to better understand the conceptual framework used by the practitioners and to analyse the content of the observed psychosocial changes.

INTRODUCTION

Devant l'ampleur des problèmes sociaux et de santé publique, en particulier ceux liés à la toxicomanie, plusieurs recherches peuvent nous éclairer sur les enjeux entourant cette problématique. Selon celles-ci, le Québec aurait le taux de consommation de drogues illicites le plus élevé au Canada, soit 14 % des hommes et 11 % des femmes (Comité permanent de lutte à la toxicomanie [CPLT], 1999a). Bien que le taux d'usage des drogues dans la population en général diminue (Santé Canada, 1998), le taux de consommation chez les jeunes est stable ou en augmentation. Selon les mêmes sources, 13 % de la population en Outaouais présente un risque élevé de problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. Dans ce contexte, il faut comprendre l'usage abusif de psychotropes comme un symptôme sous-jacent à d'autres problèmes psychosociaux, les causes étant complexes et formées d'une combinaison de facteurs autant individuels que sociaux. Les récents travaux de recherche du CPLT sur les interrelations entre la toxicomanie et la désintégration sociale en milieu urbain (CPLT, 1999c), la négligence parentale (CPLT, 1999b), les problèmes de santé mentale, les carences affectives, la pauvreté, les difficultés conjugales et familiales illustrent clairement cette dimension multifactorielle du phénomène.

En ce qui a trait aux modèles et aux discours théoriques privilégiés dans l'analyse de ce phénomène complexe, le discours dominant, qui associe dépendance à maladie, soit le modèle médical, occupe encore une place prédominante en Amérique du Nord. Sur le plan idéologique, les mouvements d'entraide anonymes jouent un rôle de relais important dans la dissémination de croyances et de valeurs véhiculées par ce type de discours. D'ailleurs, 90 % des Américains croient que l'alcoolisme est une maladie, dont 60 % estiment également qu'elle serait héréditaire (Suissa, 1993). Parallèlement, nous assistons à l'émergence d'un paradigme alternatif d'inspiration psychosociale avec l'apport de plusieurs disciplines en sciences humaines : sociologie, travail social, psychologie, criminologie, anthropologie, sciences politiques, etc.

(Brown et Lewis, 1999 ; Gutmann, 1999 ; Suissa, 1998a, 1998b, 1993 ; Peele et Brodsky, 1991). Quant aux mouvements d'entraide anonymes, certains critiques scientifiques n'hésitent pas à parler de la dépendance des membres à l'égard de ces mouvements, ainsi que leur aspect sectaire (Bufe et Elli, 1998 ; Ragge, 1998). Enfin, les pratiques d'intervention actuelles, malgré les efforts mis dans la prévention, l'intégration et une meilleure accessibilité à des services de qualité, ne sont pas sans lacunes (CPLT, 1999a). Mentionnons, entre autres, le manque de programmes adaptés aux personnes présentant un problème concomitant à la toxicomanie (jeu compulsif, problème de santé mentale), et des problèmes liés à l'application et à la cohabitation des différentes approches d'intervention (réduction des méfaits *versus* abstinence ou tolérance zéro), ainsi que ceux liés à la concertation et au partenariat entre les différents acteurs.

Dans ce contexte, comment les intervenants œuvrant dans le domaine des dépendances se représentent-ils le phénomène ? Quelles approches privilégient-ils en intervention ? Quels sont les changements observables à la suite de leurs interventions et comment inscrivent-ils leurs interventions dans une perspective de changement social ? Ces questions ont inspiré notre démarche de recherche auprès des intervenants sociaux dans le domaine des dépendances dans la région de l'Outaouais.

Les objectifs

Les objectifs poursuivis dans le cadre de cette recherche étaient les suivants : 1) approfondir nos connaissances sur les représentations du phénomène des dépendances auprès des intervenants de la région de l'Outaouais ; 2) explorer et analyser les réponses fournies par les intervenants au sujet de leurs pratiques d'intervention ; 3) proposer des pistes d'analyse et de réflexion critique visant la prise en charge et l'*empowerment* des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance dans la communauté.

La méthodologie

Cette recherche de type exploratoire s'inscrit dans une approche qualitative et d'analyse de contenu qui ne vise pas la généralisation. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées. Le guide d'entrevue a été préparé en fonction des quatre thèmes principaux suivants : 1) la représentation du phénomène de la dépendance chez les intervenants ; 2) les approches et le processus d'intervention ; 3) les changements observables à la suite de l'intervention ; 4) la perspective du changement social. Étant donné la nature exploratoire de ce type de recherche, nous avons opté pour un cadre théo-

rique plus restreint afin de privilégier les contenus liés aux réalités vécues par les intervenants sur le terrain. Dans cette perspective, l'élaboration et l'explication plus nuancée de concepts centraux tels que « dépendance », « modèle mixte », « cycle de l'assuétude », « représentation », « approche multifactorielle », etc., sont présentées dans la section de l'analyse et de la discussion à la fin de l'article.

Recrutement et caractéristiques de l'échantillon

C'est en grande partie à travers un atelier traitant de l'intervention sociale et de l'*empowerment* auprès de personnes dépendantes, dans le cadre du colloque « Travail social et *empowerment* à l'aube du XXI^e siècle » tenu à l'Université du Québec à Hull en 1999, que nous avons procédé au recrutement des intervenants de la région de l'Outaouais. Par ailleurs, nous avons complété notre échantillon à partir des informateurs clés qui interviennent dans des organismes aussi divers que les centres de traitement, la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), le milieu scolaire, le milieu carcéral et les organismes communautaires. Compte tenu des facteurs géographiques de la région de l'Outaouais et du potentiel des intervenants spécialisés dans le champ des dépendances, l'échantillon a été constitué de 10 intervenants (4 hommes, 6 femmes) se situant dans une moyenne d'âge de 30 ans (dont trois intervenantes de 23-25 ans). Sur le plan de la catégorisation en vue de l'analyse, nous nous sommes inspirés du modèle mixte (Mayer *et al.*, 2000), en privilégiant trois catégories prédéterminées, soit l'intervention et son impact sur l'individu, la famille et la communauté. La possibilité d'ajouter d'autres catégories en cours d'analyse a également été considérée.

ANALYSE DES RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

Nous présentons ici les résultats de cette étude, organisés selon les thèmes exposés dans notre méthodologie, soit la représentation du phénomène de la dépendance chez les intervenants, les approches et le processus d'intervention, les changements observables à la suite de l'intervention et la perspective du changement social.

La représentation du phénomène de la dépendance chez les intervenants

Le concept de dépendance est extrêmement variable selon les intervenants ayant participé à cette recherche. Même si, depuis plus de 200 ans, le modèle de la maladie prédomine dans le domaine de la dépendance sur le continent

nord-américain, ce modèle est considéré par les intervenants comme un processus de stigmatisation des personnes souffrant de dépendance. Les intervenants que nous avons rencontrés sont unanimes, a priori, à ne pas considérer la dépendance comme une maladie. Les quelques extraits suivants illustrent leur position :

La dépendance est plus du domaine du comportement qu'une maladie. [...] L'étiquetage déresponsabilise les gens, ne leur donne pas le pouvoir de se prendre en main. [...] La vision de dépendance comme maladie, c'était d'encourager les gens à se percevoir comme des victimes, en vase clos. Ça déresponsabilisait la personne. [...] On ne voit plus la toxicomanie comme une maladie mais comme un problème social.

La majorité des intervenants (8 sur 10) souscrivent à l'idée selon laquelle la dépendance est une réaction à une souffrance intérieure et devient un recours pour sauvegarder son équilibre physique et mental :

Surtout dans le cas de la toxicomanie, c'est toujours relié à une souffrance plus ou moins exprimée, une tension, une anxiété... Relié à des manques affectifs, à des souffrances plus ou moins conscientes.

Même si ces intervenants renvoient à la souffrance et à la perte de contrôle comme facteurs explicatifs de la dépendance, d'autres (2) parlent plutôt du cycle de l'assuétude. La dépendance est considérée comme un cycle (Peele, 1989), une façon de se valoriser et de se donner du pouvoir (*Ibid.*) ou de combler un manque affectif (Brisson, 1992) :

Moi, la dépendance, je vois ça beaucoup comme le petit cycle de l'assuétude... pour faire face à une situation, on doit consommer.

L'individu

Quand les intervenants sont invités à approfondir la portée du phénomène des dépendances, la trajectoire explicative privilégiée est de nature plus individuelle que sociale. En fait, 90 % des intervenants considèrent le phénomène des dépendances principalement comme un problème qui trouve son origine dans l'individu (souffrance intérieure, troubles du comportement, faible estime de soi, manque affectif, perte de contrôle, etc.) :

Les gens qui ont une grande souffrance... au lieu de mourir, tombent dans la dépendance [...] Quand une personne fuit pour soulager une situation problématique ou une souffrance intérieure, elle choisit la dépendance.

La famille

Une intervenante sur dix seulement a mentionné le fait que la dépendance puisse être liée à une multitude de facteurs provenant du milieu familial :

niveau socioéconomique, degré de scolarité des membres, influence des pairs, etc. Par le fait même, un contexte familial plus à risque peut mener à un problème de dépendance :

Dépendant des facteurs (familial, niveau socioéconomique, scolarité, influence des amis), on réagit à une situation par la consommation.

Deux autres intervenants parlent de la dépendance comme ayant des effets sur la famille. Elle est plutôt perçue comme une cause :

La dépendance, c'est une habitude régulière qui a des conséquences psychosociales sur la famille.

La collectivité

Il est remarquable que la conception que se font les intervenants du phénomène de la dépendance n'inclue pas le réseau comme facteur explicatif important du développement des diverses formes de dépendance possibles. Par réseau, il faut entendre les trois composantes considérées comme les plus importantes, soit la famille (parents, enfants), la composante extrafamiliale (parenté, amis) et la collectivité (milieu du travail, voisinage, associations, loisirs, etc. ; Guay, 1992, 1998). Les réponses des intervenants révèlent que la quasi-totalité des intervenants considèrent la dépendance comme relevant plus de la défaillance individuelle. Étant donné que le phénomène est multifactoriel et touche l'individu et le réseau familial et communautaire, il y a lieu d'inciter les intervenants à intégrer toutes les dimensions, individuelles, familiales et communautaires dans leur champ de compréhension, comme facteurs explicatifs du phénomène.

Approches et processus d'intervention

Selon les populations avec lesquelles les intervenants travaillent, les approches et les stratégies dans les processus d'intervention varient. Ainsi, les populations jeunes seraient plus l'objet d'actions préventives. Les trois intervenants travaillant avec les jeunes disent vouloir développer chez ceux-ci des habiletés sociales, tout en collaborant avec les réseaux primaires (parents, amis, école). Dans les approches utilisées ou préconisées par les intervenants, on retrouve une variété de modèles de référence : la théorie de la réalité, l'approche féministe, le modèle écologique, la réduction des méfaits, l'approche humaniste ou psychosociale (cycle de l'assuétude). Il a également été question du DSM IV et de l'entrevue motivationnelle. Quant aux auteurs cités, Brisson, Cormier et Peele sont en tête de liste. De la psychiatrie à la psychanalyse, en passant par la thérapie brève, l'entrevue motivationnelle, la relation d'aide ou la promotion de la santé et du bien-être, l'éventail est vaste. De façon

générale, les intervenants soulignent l'importance du non-jugement et du respect mutuel en vue d'établir avec la personne une relation d'aide basée sur la confiance.

L'individu

Bien que la majorité des intervenants (80 %) ne préconisent pas la tolérance zéro, l'accent est mis sur une intervention individualisée où la personne est invitée à fixer elle-même ses objectifs. Dans cette logique, les intervenants privilégient l'identification des phases dites de transition (les moments forts et significatifs de la vie de la personne) comme des repères importants dans le processus d'intervention et de relation d'aide :

Je privilégie une approche humaniste, rogérienne... J'ai une acceptation inconditionnelle du rythme du client. [...] Ce qu'on fait depuis plusieurs années, on développe davantage un modèle biopsychosocial... Aujourd'hui, on travaille davantage les aspects psychologiques, les aspects sociaux, l'organisation de vie, les facteurs sociaux. [...] Ne préconisons pas la tolérance zéro. On s'enlène [sic] avec les objectifs des gens.

En ce qui a trait à la notion d'abstinence dans le processus d'intervention, les questionnements sont nombreux. Voici quelques extraits qui illustrent les points de vue de deux intervenants sur l'abstinence *versus* le « boire contrôlé » :

Présentement, je suis en processus de réflexion par rapport au boire contrôlé. Je me demande si après des années de thérapie, quelqu'un peut en arriver au boire contrôlé. [...] Je travaille avec une théorie basée sur l'approche féministe et la théorie de la réalité. Dans les deux cas, les gens prennent leur responsabilité, prennent conscience qu'ils sont les seuls responsables. Notre organisme ne préconise pas l'abstinence. [...] L'intervenant aide l'individu qui souffre et qui l'assume.

Trois autres intervenants remettent sérieusement en question le principe même de l'abstinence comme condition préalable au traitement et penchent plutôt vers l'approche de la réduction des méfaits, du boire contrôlé, vers l'approche systémique et le modèle écologique. Les extraits suivants en témoignent :

Par rapport à la toxico, ce qui colle comme approche, c'est la réduction des méfaits et l'approche systémique... Dans son environnement, comment on peut améliorer la qualité de vie d'une personne ? [...] Au niveau des modèles, je travaille un peu avec le modèle écologique. Faire le tour avec les gens pour leur montrer les liens entre toutes les sphères de l'approche. On fait un survol de ce qui s'est passé dans leur vie pour savoir ce qui les a amenés là et pourquoi ils ont ce problème aujourd'hui. La priorité est mise sur le présent. [...] On travaille à déstigmatiser les personnes aux prises avec une dépendance.

En termes d'impacts, certains éléments importants ressortent des propos des intervenants. Trois jeunes intervenantes (entre 23 et 25 ans) nous ont fait part de malaises ressentis lors d'interventions auprès de personnes plus âgées avec qui elles avaient du mal à établir un climat de confiance. De plus, l'impact de l'intervention est jugé plus significatif quand celle-ci s'effectue dans un contexte volontaire :

Le fait de travailler avec des personnes qui ne sont pas volontaires ne donne pas l'heure juste. [...] Les personnes judiciairisées, par exemple, qui sont obligées de s'intégrer dans des programmes d'intervention en lien avec des dépendances, ne sont pas faciles à aborder.

De façon générale, l'intervention a pour impacts une meilleure estime de soi et l'affirmation de soi, chez la personne, et lui permet de se responsabiliser :

En termes d'impacts, on parle d'une meilleure estime de soi et d'affirmation de soi. [...] On entend responsabiliser la personne en prônant le retour à la vie comme tout le monde.

Dans leurs relations avec les mouvements d'entraide anonymes (AA, Al-Anon, Alateen, etc.), les intervenants ne s'opposent pas à ce type d'intervention. Huit sur dix disent référer leurs clients à ces mouvements d'entraide et n'y voient pas d'inconvénients. Il arrive même à certains d'entre eux d'accompagner leurs clients aux réunions, ces mouvements étant perçus comme des moyens concrets et utiles de briser l'isolement des personnes aux prises avec une dépendance :

Quand les gens sont isolés, c'est une façon intéressante de se créer un réseau... mais il y a des gens qui ne sont pas à l'aise avec le côté spirituel, sectaire de certains groupes. À l'origine, c'est juste un mouvement qui ne force pas les gens, qui n'est pas confrontant. [...] C'est mieux d'être dépendant au AA, GA que d'être dépendant d'un produit (jeu, alcool, etc.)

La famille

Sept intervenants sur dix font référence au réseau familial primaire dans le cadre du processus d'intervention. Pour ces intervenants, les approches entourant la famille se distinguent selon leur milieu de travail et leur mandat institutionnel. Nous constatons en effet une différence marquée entre le milieu scolaire, les organismes de santé publique, le milieu carcéral et le milieu communautaire. À titre d'exemple, les intervenants œuvrant auprès des populations jeunesse, intègrent davantage l'implication des parents dans le processus d'intervention et dans les actions préventives qu'ils privilégient :

C'est difficile d'avoir la participation des parents. Ils ont souvent une perception négative du milieu scolaire... Les contacts se font quand ça va mal (situation de crise). [...] Il y a des parents qui sont prêts à faire des démarches, à se

ressourcer, etc. On fait des interventions avec des groupes de parents. Ils partagent et on vise une intervention entre les parents. Ça brise l'isolement des parents qui ont des difficultés.

La notion de codépendance a également été soulevée par trois intervenants sur sept, qui considèrent qu'il est important de travailler avec l'entourage immédiat de la personne. Cette notion fait principalement référence au rapport de la personne dépendante avec son conjoint et son entourage. Ceci étant, même si les intervenants œuvrant auprès de populations adultes tentent d'intégrer la famille dans leurs interventions, plusieurs obstacles demeurent. Qu'il s'agisse du manque de temps, de conflits liés aux divergences de philosophie entre les intervenants ou des mandats institutionnels des organismes pour lesquels ils travaillent, les interventions qui visent le réseau primaire de la famille sont considérées comme difficiles à appliquer sur une base concrète :

Quand on fait de l'intervention, on travaille aussi avec les familles, les conjoints... on parle de codépendance... Au cours des rencontres, les gens se rendent compte que ce n'est pas seulement la personne toxicomane qui a des problèmes [...] Pour l'instant, il n'y a pas d'intervention de couple, parce qu'on est débordé. On gagnerait à travailler avec un approche systémique, ça éviterait d'avoir des gens à répétition. Notre organisme n'est pas un gros adepte de l'approche systémique. [...] La dépendance affective est très présente.

La collectivité

Dans leurs interventions, seulement 4 intervenants sur 10 incluent l'espace collectif et écologique dans le processus d'intervention, alors que cette référence était quasi absente de la partie traitant du phénomène des dépendances. La totalité de ces intervenants travaillent avec les jeunes (réseau scolaire, organismes communautaires). Ainsi, plus de la moitié des intervenants ne considèrent pas la collectivité comme une réalité sociale explicative dans le processus d'intervention. Dans les faits, les intervenants disent collaborer avec les écoles en s'intégrant dans les programmes parascolaires, interviennent dans les maisons de jeunes, auprès des parents, avec les CLSC et réfèrent les clientèles aux différents organismes spécialisés. C'est surtout dans le domaine de la prévention que l'on concentre les activités liées aux dépendances :

La tolérance zéro dans les écoles... nous sommes confortables avec ça... On travaille plus en collaboration directe avec les organismes communautaires... on fait des références aux différents organismes spécialisés [...] Dans les écoles, on parle de développement d'habiletés personnelles et sociales... On va cibler des besoins ou des facteurs de risque et travailler là-dessus. On travaille avec d'autres ressources pour les jeunes et les parents... Avec les groupes de parents, ce n'est pas nous qui animons les groupes [...] Notre organisme fait 80 % à

85 % de prévention et 15 % d'intervention. De la prévention auprès des jeunes du primaire, du secondaire et des jeunes adultes. [...] On fait un travail de collaboration avec les écoles, CLSC, Régie régionale, policiers, centre hospitalier, centre de désintoxication, etc. C'est utopique qu'un intervenant en prévention en toxicomanie puisse travailler seul. Son rôle est d'animer, de questionner, d'amener les membres à se positionner.

Les approches et les processus d'intervention en matière de dépendances sont très diversifiés. Ce qui délimite les interventions réside, d'une part, dans le type de clientèle auquel elles s'adressent (jeunes, adultes) et, d'autre part, dans les mandats et les philosophies des organismes pour lesquels travaillent les intervenants. Ainsi, l'orientation et le choix des interventions, surtout en ce qui concerne le travail avec la famille et la collectivité, sont inhérents au type d'institution ou d'organisme et à la catégorie d'âge des populations visées. L'inclusion de l'espace familial ou communautaire dans les interventions est surtout réservée aux populations jeunes (prévention auprès de leur famille et de leur environnement). En ce qui a trait à la collaboration avec les mouvements d'entraide anonymes, celle-ci semble faire la quasi-unanimité dans la mesure où ces mouvements constituent des espaces de liens sociaux pour briser l'isolement, en dépit des divergences sur le côté spirituel, religieux et parfois sectaire de ces mouvements.

Les changements observables à la suite des interventions

Les intervenants ont fait part de leurs expériences en ce qui concerne les changements observables chez les personnes vues en intervention. Les changements considérés comme significatifs varient d'un client à l'autre et d'un intervenant à l'autre. Comme les personnes en traitement n'ont ni le même niveau de dépendance, ni les mêmes raisons et expériences les ayant menées à l'assuétude, ces changements varient en fait selon les objectifs et les buts qu'elles se sont fixés :

Plus ça fait longtemps qu'une personne vit avec sa dépendance, plus il y a de carences (plus isolée, perte de son réseau)... Selon le degré de la dépendance, le bagage psychologique, les ressources intérieures, certains sont plus amochés que d'autres, les chemins plus ou moins longs et les choix restreints. [...] Même si la personne reconsomme, si elle a fait un bout de chemin personnel, il y a une prise de conscience. [...] Ce que les gens me disent, c'est : « Ça m'a permis de préciser un peu plus, de solidifier un peu plus cette décision-là. »

L'individu

De façon générale, la stabilité individuelle plus immédiate des personnes dépendantes sur les plans émotif, psychologique et social est ce qui constitue l'élément le plus significatif en termes de changements observables après les

interventions. Autrement dit, quand « l'hémorragie » (le processus de l'abus) est arrêtée, on constate que la personne montre plus de signes d'affirmation de soi, une meilleure estime de soi. L'atteinte d'un objectif (niveau minimal) est vue comme un succès dans la mesure où le processus de responsabilité individuelle est engagé dans des gestes concrets du client :

Les personnes se fixent des objectifs... Selon le degré de la dépendance, le bagage psychologique, les ressources intérieures... les chemins sont plus ou moins longs et les choix restreints. [...] On remarque, sur l'année scolaire, des changements de comportements... Les jeunes deviennent plus responsables.

Sous un autre angle, l'intervention a également un impact sur l'individu dans la mesure où celui-ci effectue sa démarche sur une base volontaire. À l'opposé, on signale plus de difficultés dans les interventions en contexte d'autorité, par exemple les milieux de détention, où l'intervention est imposée par le système juridique :

Ça ne sert absolument à rien de devenir cognitivo-behavioral quand il ne sait pas encore s'il veut changer. Il y a plein de concepts qui font qu'une personne, à ce moment-ci dans sa vie, ne peut pas arrêter de fumer. La santé, c'est peut-être pas nécessairement une valeur importante, donc on essaie d'explorer cette ambivalence et l'ingrédient des changements.

Enfin, les changements observables chez un individu ne relèvent pas uniquement de l'intervenant et de l'intervention choisie. Ils résultent d'un ensemble d'éléments qui favorisent une amélioration globale des conditions de vie de la personne en l'impliquant dans le processus :

On n'a pas à tout faire, on n'est pas des héros, on joue un petit rôle dans la vie d'une personne et c'est peut-être la plaque tournante d'un changement, on ne sait pas.

La famille

La moitié des intervenants interrogés ont mentionné la famille comme facteur important dans les changements observables. Trois intervenants œuvrant auprès d'une clientèle jeunesse soulignent que l'implication des parents et de la famille est un élément déterminant de l'impact positif des interventions. Si les parents s'impliquent, ils auront une meilleure compréhension de leur enfant et une plus grande communication avec lui. Selon un intervenant, il faut toutefois faire preuve de beaucoup de souplesse dans le dialogue avec des parents, qui se sentent souvent étiquetés comme « mauvais parents » quand ils sont invités à faire partie du processus d'intervention :

Les parents ont peur d'être étiquetés s'ils se présentent au bureau... Il faut les rencontrer ailleurs. Certains parents acceptent de venir avec leur ado. C'est très efficace.

La communication se fait alors mieux et permet un plus grand engagement dans le milieu familial :

Si on a aidé les familles à mieux cheminer et à « dealer » avec la situation, c'est déjà quelque chose, c'est une amélioration.

Les interventions avec la famille sont également considérées dans une perspective de prévention. Les changements observables sont alors plus difficiles à évaluer et à mesurer, la prévention s'articulant plus à moyen et à long terme. Une des intervenantes a soulevé le problème lié aux limites de temps des interventions auprès des groupes de parents :

Les groupes de parents durent huit semaines, on est limité dans l'intervention même si on reste pas mal disponible pour les parents après les groupes.

La collectivité

C'est encore une fois auprès des populations jeunesse que l'on constate des changements importants à la suite des interventions avec des organismes sociaux, juridiques ou de santé. En milieu scolaire, par exemple, la concertation entre différents établissements et organismes a permis aux professeurs de constater que les élèves participent plus à leur prise en charge et à leur qualité de vie. Il en résulte également une augmentation du sentiment d'appartenance, un plus grand intérêt pour les activités et un plus grand engagement dans les diverses instances scolaires et communautaires. Ainsi, il y aurait une corrélation directe entre le niveau de concertation et d'implication dans les milieux sociaux de vie et les changements en question. En d'autres termes, plus on s'implique dans l'espace communautaire, plus on a de chances d'obtenir des résultats mesurables en termes de changements dans la communauté :

En deux ans, toutes les décisions ont été unanimes à la table de concertation. La confiance des élèves, une plus grande ouverture d'esprit face à plusieurs sujets, et intérêt. Les profs ont remarqué le plus grand intérêt de la part de certains élèves.

Le changement social

Dans cette dernière catégorie, nous avons volontairement laissé libre cours aux intervenants interrogés afin qu'ils situent l'analyse de leurs interventions dans une perspective du changement social. Le contenu des réponses s'est avéré critique sur le plan social. Ainsi, la souffrance des personnes dépendantes est considérée comme étroitement liée à l'intolérance sociale à laquelle elles sont confrontées. Un autre enjeu social dénoncé par les intervenants

est celui de la légalisation et de la criminalisation de certaines substances. Le contexte social d'illégalité est vu comme un facteur direct qui marginalise une partie importante de la population, et des toxicomanes en particulier :

À partir du moment où on va décriminaliser la drogue en légiférant, on contribuera à démarginaliser les individus. [...] Les gens que je vois ont été arrêtés pour la vente. Ils sont vus comme des pommes pourries. La légalisation décriminaliserait une bonne couche de la population qui n'est pas si criminelle que ça. Le système répressif n'a pas donné grand-chose.

Le modèle répressif, selon les intervenants, va à l'encontre des citoyens et est en contradiction directe avec la prévention. Cette dernière est vue comme l'axe prioritaire sur lequel devraient se greffer des actions sociales et des programmes auprès des familles, des écoles, des quartiers, des maisons de jeunes, des organismes pour personnes âgées, etc. :

Il faut faire beaucoup de prévention et ne pas faire de la répression dans les écoles. [...] Il faut développer des programmes auprès des familles, des maisons de jeunes, de l'école, etc., pour développer les habiletés sociales des jeunes.

Les problèmes sociaux liés au phénomène des dépendances seraient en lien direct avec les cycles de crise économique et de grande pauvreté. L'abus de substances est considéré comme un symptôme du rejet, de l'isolement social, de l'impossibilité de se réaliser dans la société, etc. :

On revient à des modèles traditionnels, on met les gros sous sur le type de sparadrap, on ne s'adresse pas aux vrais problèmes comme, par exemple, la précarité de l'emploi.

Au chapitre du jeu compulsif, par exemple, les gouvernements sont perçus comme ayant une part importante de responsabilité sociale :

On a installé des machines vidéo partout. Le gouvernement fait de l'argent avec ça, sauf que plusieurs années plus tard, les problèmes commencent à sortir. Le gouvernement fait l'autruche. Je trouve ça révoltant.

DISCUSSION

Pour ce qui est du phénomène des dépendances comme tel, plusieurs intervenants voient des motifs personnels et des raisons sociales dans le développement du cycle de l'assuétude. Le besoin de combler un vide affectif ou la nécessité de traverser une période de crise constituent des facteurs plus favorables à l'émergence de la dépendance qu'une motivation fondée sur un plaisir ponctuel associé à la consommation. À l'instar de ce que nous avons relevé dans la conception du phénomène chez les intervenants, la dépendance est encore principalement associée à une défaillance individuelle. Cette remarque est importante dans la mesure où l'intervention sociale aura

également à considérer des facteurs multiples (individu, réseau familial et communautaire) afin de sortir d'une logique blâmant principalement l'individu et de créer des espaces sociaux propices à l'*empowerment* et à l'équilibre individu-famille-collectivité.

En ce qui a trait aux approches et aux stratégies d'intervention dans le domaine de la dépendance, elles sont variées. Elles sont liées, d'une part, au type d'établissement pour lequel les intervenants travaillent, à leur formation professionnelle et à la clientèle auprès de laquelle ils œuvrent et, d'autre part, aux valeurs et aux croyances reliées aux approches choisies dans le processus d'intervention. Quant à l'approche dite multifactorielle, force est de constater qu'elle reste plutôt centrée sur l'individu, et ce, même si la plupart des intervenants se disent conscients de ce que l'individu n'est pas seul en cause et qu'il faut travailler sur un ensemble d'éléments qui l'entourent. Ceci étant dit, la majorité des intervenants estiment que les contraintes concrètes sur le terrain dépassent leur volonté ou, comme le dirait Le Bossé (1998), la volonté et le pouvoir d'agir. D'ailleurs, le concept d'*empowerment* reste flou pour les intervenants. À leurs yeux, cela signifie surtout la prise de conscience de l'individu de son problème et l'augmentation de l'estime et de l'affirmation de soi. On ne fait aucunement mention du développement d'une certaine conscience critique dans l'élaboration d'actions collectives visant à transformer les environnements et les institutions qui entretiennent des inégalités sociales. On ne mentionne pas non plus la répartition injuste des ressources, qui entrave l'épanouissement du potentiel individuel et collectif. C'est en prévention que l'on semble le plus côtoyer les réalités multifactorielles, en matière de dépendances. En se détachant de la substance pour privilégier le travail auprès des personnes, de plus en plus d'intervenants semblent en accord avec une approche préventive globale. D'ailleurs, la majorité d'entre eux se réfèrent aux travaux de Brisson (2000, 1992), qui prône une approche préventive globale visant à créer un climat d'implication à l'échelle de la collectivité pour travailler sur toutes les dimensions du problème.

Sans adhérer explicitement au modèle médical, l'ensemble des intervenants considèrent les mouvements anonymes comme faisant partie intégrante des interventions. Ils restent par ailleurs ambivalents au sujet de ces organisations et expriment parfois quelques bémols quant à la place qu'elles occupent dans les réseaux sociaux. Les intervenants œuvrant auprès des jeunes ou en prévention sont les plus explicites à ce sujet et disent ne collaborer que très rarement ou pas du tout avec ces organismes. Selon eux, l'idéologie véhiculée au sein de ces organisations court-circuite leurs interventions qui, elles, tendent à déculpabiliser les gens et à les aider à faire des choix jugés plus responsables. D'ailleurs, plusieurs organismes de la région de l'Outaouais proposent des programmes d'information, de prévention et d'accompagnement des personnes souffrant de toxicomanie dans cette

perspective. Mentionnons les programmes *Moi c'est Moi* (qui s'adresse aux parents d'enfants alcooliques), *M-Ado jeunes*, *SOS Contact Al-To*, *Prévention toxico-Adojeune*, *Prévention César*. Ceux qui travaillent en collaboration avec les mouvements anonymes considèrent que ces derniers offrent un soutien permanent aux membres et à leur famille, tout en contribuant à briser l'isolement et à créer un lien social. N'y a-t-il pas lieu d'explicitier le type de lien social dont on parle ? En d'autres termes, est-ce que ce lien social favorise le pouvoir d'agir dans le sens de l'*empowerment* ou encourage-t-il plutôt un certain confinement dans un système de valeurs qui s'oppose à cette prise de pouvoir (une fois dépendant, toujours dépendant, abstinence à tout prix, impuissance comme première étape, préalable à la poursuite des autres étapes du programme, etc.) ? Il est important de savoir qu'il existe plusieurs groupes d'entraide, critiques du modèle et de l'idéologie des mouvements anonymes, quit constituent de plus en plus une solution de rechange à ce modèle dominant en toxicomanie. Mentionnons au Québec le programme *Alcochoix*, administré par le CLSC Mercier, et aux États-Unis des organismes tels que *Men and Women for Sobriety*, *Rational Recovery*, *Secular Organisation for Sobriety*, *Empowerment Groups*, *Moderation Management*, *Smart Recovery*, etc.

Il n'empêche que la vision pathologique blâmant l'individu continue de prédominer dans notre société. Est-ce parce qu'il est plus facile d'admettre un manque de contrôle par rapport à sa propre vie que de tenter d'inclure des facteurs qui viennent ébranler nos valeurs et l'ordre social établi ? À titre d'exemple, les dernières recherches et études canadiennes en santé publique sur les dépendances à l'égard du jeu (*gambling*, vidéopoker, etc.) considèrent que les problèmes relèvent davantage de la pathologie individuelle (Korn, 2000). En se basant sur les critères pathologiques du DSM IV, on réussit à mettre en veilleuse le rôle actif des gouvernements dans la dynamique des rapports sociaux, gouvernements qui, tout en faisant la promotion du jeu, contribuent à créer de plus en plus d'espaces potentiels de dépendance. Est-ce pur hasard si les groupes sociaux les plus fragiles de notre société (femmes, aînés, jeunes) se retrouvent à la fois parmi les groupes ciblés par les stratégies de promotion du jeu et les groupes les plus médicalisés (Ritalin pour les jeunes défavorisés, anxiolytiques et benzodiazépines pour les femmes et les personnes âgées) ? Dans ce contexte, et en se réfugiant derrière une approche pathologique et individualiste des comportements sociaux, on peut donner à un problème social une signification et une définition singulières qui rassurent en grande partie le public et l'ordre social en place. Mettre l'accent sur les effets plutôt que sur les racines de la dépendance permet, d'une part, de donner bonne conscience et, d'autre part, d'éviter d'aborder les enjeux et les causes structurels qui se situent en aval de problèmes sociaux plus larges. Comme relais idéologique à ce discours, les mouvements anonymes

auront tendance à protéger et à défendre la vision déterministe (une fois dépendant, toujours dépendant) relevant d'une conception plus individuelle des problèmes sociaux de dépendance. Pourquoi alors remettre en question ces fondements, puisque tout semble fonctionner ? En fait, le fonctionnalisme mise sur le statu quo et met en veilleuse les origines des problèmes sociaux, dans ce cas-ci, les problèmes de dépendance.

En partant du postulat qu'habituellement on ne développe pas une dépendance instantanément, qu'il ne s'agit pas non plus d'une tare ou d'un héritage génétique, nous pouvons avancer qu'avant que cela ne devienne un problème, une personne franchit une série d'étapes, dont la durée et l'intensité peuvent varier. La dépendance est une notion complexe, qui ne peut pas se définir de façon unidimensionnelle. Il faut donc la considérer sur un continuum où l'on retrouve la personne, les éléments déclencheurs, les motifs et les raisons du comportement, la substance ou l'activité en question, le milieu primaire et social, la nature des liens sociaux, les normes sociales, etc. La dépendance étant dès lors considérée comme un phénomène socialement construit, n'y aurait-il pas lieu de tenir compte de ces différents éléments pour favoriser l'*empowerment* des personnes et des collectivités (Suissa, 2001a) ? Pour les intervenants œuvrant dans le domaine des dépendances, cette question n'est pas simple. Les discours se contredisent et il y a tiraillement entre une vision individualisée et individualisante de la dépendance (modèle de la maladie), où l'on ne voit que la souffrance intérieure et la perte de contrôle, et une vision plus large, englobant bien sûr la personne mais aussi son milieu de vie et les causes macrocontextuelles. Sur le terrain, les intervenants sont confrontés à des choix qui ne sont pas toujours de leur ressort. De plus, ceux qui voient leur travail dans une perspective à long terme sont souvent tributaires de subventions non récurrentes et de projets qui permettent rarement d'évaluer et de mesurer les impacts réels de leurs actions.

Compte tenu de l'ensemble de ces défis, on peut dire que depuis plusieurs années les interrogations sur les modèles contextuels et les méthodes thérapeutiques ont ébranlé quelque peu la vision traditionnelle, à savoir le modèle dominant de la maladie, dans le traitement des dépendances. En effet, si l'on pense à la réduction des méfaits ou à la consommation contrôlée, les fondements de la théorie d'abstinence ne font plus l'unanimité. Les recherches de plus en plus nombreuses, en matière de dépendances, viennent semer le doute quant à la pertinence de l'abstinence comme condition *sine qua non* du rétablissement d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un joueur compulsif (Brisson, 2000). Quand on évalue la notion de responsabilité personnelle et sociale, la personne, dans le paradigme de la maladie, n'est pas considérée comme responsable puisqu'elle est victime de sa maladie et qu'elle a perdu le contrôle. La perte de contrôle sous-entend que le dépendant n'a aucun pouvoir sur la consommation présente et future.

La consommation contrôlée apparaît comme une option de plus en plus sérieuse dans les traitements actuels. Cormier, Brochu et Bergevin (1991), ainsi que Demers (1995) et Suissa (1998b), estiment tous qu'il est important de considérer la personne comme un être responsable, sans connotations religieuses ou morales, et dans une perspective humaniste qui lui permette de délimiter les situations auxquelles elle choisira de réagir et les moyens qu'elle privilégiera pour s'en sortir. Le succès vient bien sûr des efforts de la personne, mais aussi de son environnement qui lui permet, jusqu'à un certain point, d'atteindre les objectifs poursuivis. À titre d'exemple, nous pouvons souligner le concept d'autoefficacité (Suissa, 1998a) qui renvoie aux habiletés perçues par l'individu comme une stratégie d'adaptation lui permettant de composer avec une situation donnée. Le traitement doit instaurer des stratégies de changement tenant compte des interactions entre l'individu et les contextes familial, communautaire, politique et économique.

CONCLUSION

Notre recherche nous a permis de nous familiariser avec les différentes conceptions qu'ont les intervenants des dépendances, ainsi qu'avec les approches d'intervention qu'ils privilégient. Sans tracer un profil type des interventions dans le domaine des dépendances, dans la région de l'Outaouais, nous avons un aperçu de ce qui existe en matière d'intervention et de prévention, et de la manière dont les intervenants œuvrent auprès des diverses populations aux prises avec des dépendances. Dans la même veine, nous sommes plus en mesure de comprendre les contraintes vécues par plusieurs intervenants en raison des mandats respectifs des établissements pour lesquels ils travaillent. Nous avons également constaté que les mesures préventives s'adressent plus aux populations jeunesse et qu'elles incluent parfois des interventions auprès de la famille et de la collectivité. Bien implanté sur le continent nord-américain, le modèle de la maladie continue d'avoir préséance sur les modèles d'inspiration psychosociale.

En tenant compte de ces facteurs et du fait que le phénomène des dépendances, en termes de santé publique, prend de plus en plus d'ampleur dans notre société, n'y a-t-il pas lieu de considérer, dans un proche avenir, des interventions non seulement auprès des personnes directement aux prises avec des problèmes de dépendance, mais également auprès de leurs réseaux primaires (famille et personnes significatives) et de leur environnement social élargi, afin de favoriser un pouvoir d'agir individuel et collectif? Nous pouvons certainement nous inspirer de programmes qui ont fait leurs preuves dans la poursuite de tels objectifs au Québec. À titre d'exemple, mentionnons l'organisme Action Toxicomanie Bois-Francs de Victoriaville, où la concertation avec les milieux communautaires dans une perspective de prévention-

promotion a permis un impact positif concret pour l'ensemble des acteurs dans la collectivité. La création d'une revue traitant de la promotion de la santé et de la prévention des toxicomanies a permis l'implication de plusieurs instances communautaires, tels les services de la protection de la jeunesse, de la justice, de la police, du CLSC, de la Régie régionale, etc. La prise de parole dans la collectivité s'avère alors possible et permet de créer des espaces propices à la prise en charge et à l'*empowerment*. Qu'il s'agisse de la dissémination d'informations de base auprès de jeunes ou de regroupements de parents sur les produits et leurs effets, de débats de société entourant les aspects légaux et la décriminalisation de certaines substances, ou de l'application de plus en plus grande de l'approche de réduction des méfaits comme stratégie d'inclusion sociale, un grand pas en avant a été franchi. La collaboration des divers acteurs permet souvent de trouver des solutions compatibles, selon les besoins et la culture de la collectivité.

Citons l'exemple d'Action Toxicomanie Bois-Francs, qui a organisé un colloque d'une journée portant sur les solutions et les pistes d'action collective et a invité une brochette de chercheurs, d'intervenants, de juges, de représentants scolaires et communautaires de la région. Ce type d'événement a permis, non seulement la consolidation des acquis, mais également de les enrichir en favorisant un mouvement de synergie dans la création de partenariats additionnels. C'est d'ailleurs grâce à ce type d'actions que cet organisme a reçu le prix Ubald-Villeneuve 2000 remis par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec pour reconnaître publiquement l'excellence et le caractère exceptionnel d'un organisme œuvrant en toxicomanie. Cet exemple illustre clairement le fait que, même si parfois les intervenants sociaux œuvrant en toxicomanie peuvent se sentir impuissants en termes d'impact psychosocial auprès des clientèles en intervention, il y a lieu d'approprier graduellement les divers partenaires de la collectivité dans une vision macro-contextuelle du phénomène de la toxicomanie. En d'autres termes, il faut prendre le temps de se décentrer des interventions de nature plus clinique et du discours axé sur les substances, pour se projeter vers les personnes et leurs réseaux familiaux et communautaires dans le processus de création de liens sociaux et de réseaux de soutien. Cette capacité de faire des liens entre l'intervention personnelle et l'intervention axée sur l'action collective est ce qui rend en définitive le changement psychosocial possible.

Bibliographie

- BREGGIN, P. et D. COHEN (1999). *Your Drugs May Be Your Problem*, Cambridge (MA), Perseus Books, 320 pages.
- BRISSON, P. (2000). *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. 3, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 444 pages.

- BRISSON, P. (1992). «Prévention des toxicomanies et promotion de la santé : des stratégies de contrôle aux pratiques d'autodétermination», *Psychotropes*, vol. 7, n° 3, 59-63.
- BROWN, S. et V. LEWIS (1998). *The Alcoholic Family In Recovery : A Development Model*, New York (NY), Guilford Press, 308 pages.
- BUFE, C. et A. ELLI (1998). *Alcoholic Anonymous : Cult or Cure*, TUCSON (AZ), Sharp Press, 208 pages.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1999a). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, deuxième trimestre.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1999b). *La double problématique toxicomanie et négligence parentale*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1999c). *La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1999d). *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement des toxicomanie*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre.
- CORMIER, D., BROCHU, S. et J.P. BERGEVIN (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*, Montréal, Méridien, 251 pages.
- CORMIER, D. (1989). *Alcoolisme : abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*, Montréal, Méridien, 265 pages.
- CORMIER, D. (1984). *Toxicomanies : styles de vie*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 175 pages.
- COUSINS, M. (1994). *Consommation de drogue et d'alcool chez les jeunes de 15 à 29 ans de l'Outaouais*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- DEMERS, A. (1995). « Du plaisir au risque : la modération a bien meilleur goût », *Médicalisation et contrôle social*, Cahier de l'ACFAS, 84, 133-142.
- GUAY, J. (1998). *L'intervention clinique communautaire : les familles en détresse*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 263 pages.
- GUAY, J. (1992). *Thérapie brève et intervention de réseau : une approche intégrée*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 189 pages.
- GUTMANN, M. (1999). « Ethnicity, alcohol and acculturation », *Social Science and Medicine*, vol. 48, n° 2, 173-184.
- KORN, D. (2000). « Gambling in Ontario: Adopting a public health perspective », Présentation lors de la conférence « Bridging the Gap » de la Canadian Foundation on Compulsive Gambling, mai 2000, Niagara Falls, Ontario.
- LE BOSSÉ, Y. (1998). « Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir », *Cahiers de recherches en éducation*, vol. 5, n° 3, 1-19.
- MAYER, R. et al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 560 pages.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La drogue, si on s'en parlait*. www.msss.gouv.qc.ca/fr/orientat/polsante/enjeu.htm, www.aadeprogramming.com/reclaim/popular.html
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : orientation et stratégie en promotion de la santé et en prévention en matière de substances psychotropes*, Québec, MSSS.
- PEELE, S. et A. BRODSKY (1991). *The Truth About Addiction and Recovery*, New York (NY), Simon & Shuster, 430 pages.
- PEELE, S. (1990). « Second thoughts about a gene for alcoholism », *Atlantic Monthly*, août, 52-58.
- PEELE, S. (1989). *Diseasing of America*, Massachusetts, Lexington Books, 321 pages.
- RAGGE, K. (1998). *The Real AA : Behind the Myth of 12-Step Recovery*, Tucson (AZ), Sharp Press, 232 pages.
- SANTÉ CANADA (1998). *Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues*, www.hcsc.gc.ca/hppb/marketing/social/Publications/msps/smhp10f.htm
- SUISSA, A.J. (2001a). « Relations familiales et intervenants : quelques repères vers la collaboration et l'empowerment en contexte d'intervention », *Apprentissage et Socialisation*, Université du Québec à Hull, à paraître.
- SUISSA, A.J. (2001b). « La construction d'un problème social en maladie : le cas de l'alcoolisme », dans MAYER, R. et H. DORVIL (sous la direction de), *Les problèmes sociaux contemporains*, à paraître.
- SUISSA, A.J. (2000). « Cannabis et exclusion sociale : importance des liens sociaux et pistes d'intervention », *Intervention*, n° 111, Printemps, 72-81.
- SUISSA, A.J. (1998a). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*, Saint-Laurent, Fides, 191 pages.
- SUISSA, A.J. (1998b). « Alcoolisme, boire contrôlé et abstinence : fondements scientifiques et enjeux sociaux », *Psychotropes*, vol. 4, n° 3, 35-55.
- SUISSA, A.J. (1993). « Effets sociaux négatifs du concept de maladie appliqué aux toxicomanies », *Intervention*, n° 93, 18-27.
- VAILLANT, G. (1990). « We should retain the disease concept of alcoholism », *Harvard Medical School Mental Health Letter*, vol. 6, 4-6.0