

Relations familles et intervenants

Quelques repères vers la collaboration et l'empowerment en contexte d'intervention

Relationships between families and caregivers

Some guidelines for collaboration and empowerment in the intervention context

Relaciones familiares y profesionistas

Hitos hacia la colaboración y la habilitación en contexto de intervención

Amnon J. Suissa

Volume 31, numéro 1, printemps 2003

Difficultés de communication entre parents et intervenants : éléments d'une sémiotique interdiscursive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1079516ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1079516ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association canadienne d'éducation de langue française

ISSN

0849-1089 (imprimé)

1916-8659 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Suissa, A. (2003). Relations familles et intervenants : quelques repères vers la collaboration et l'empowerment en contexte d'intervention. *Éducation et francophonie*, 31(1), 56-74. <https://doi.org/10.7202/1079516ar>

Résumé de l'article

À partir d'une réflexion théorique et d'observations cliniques, cet article tente d'analyser certains enjeux sociaux et thérapeutiques dans un contexte d'intervention entre familles et thérapeutes. À cette fin, l'article emprunte une démarche d'analyse sociale critique en trois parties. La première partie effectue un survol des changements sociaux contemporains ayant eu un certain impact sur les dynamiques familiales. La deuxième partie touche la question de l'étiquetage sociofamilial des problèmes associés souvent à la déviance par les intervenants d'une part, et les conséquences de ces processus d'étiquetage sur les résultats de prise en charge, d'autre part. Comme alternatives à ces effets, les concepts de compétence, information pertinente, temps, chaos et processus sont suggérés afin de donner du pouvoir aux membres des familles et permettre aux intervenants de se sentir plus à l'aise avec les difficultés parfois chaotiques des familles. En troisième partie, un exemple de cas en toxicomanie illustre comment le processus de conception/étiquetage du phénomène de l'alcoolisme compris comme une maladie par la majorité des intervenants, et selon l'idéologie des *Alcooliques Anonymes*, produit des effets thérapeutiques et sociaux improductifs sur les dynamiques familiales, et en particulier sur le développement des enfants.

Relations familles et intervenants :

quelques repères vers la collaboration et l'empowerment en contexte d'intervention

Amnon J. SUISSA, Ph.D

Département de Travail Social, Université du Québec en Outaouais, (Québec) Canada

RÉSUMÉ

À partir d'une réflexion théorique et d'observations cliniques, cet article tente d'analyser certains enjeux sociaux et thérapeutiques dans un contexte d'intervention entre familles et thérapeutes. À cette fin, l'article emprunte une démarche d'analyse sociale critique en trois parties. La première partie effectue un survol des changements sociaux contemporains ayant eu un certain impact sur les dynamiques familiales. La deuxième partie touche la question de l'étiquetage sociofamilial des problèmes associés souvent à la déviance par les intervenants d'une part, et les conséquences de ces processus d'étiquetage sur les résultats de prise en charge, d'autre part. Comme alternatives à ces effets, les concepts de compétence, information pertinente, temps, chaos et processus sont suggérés afin de donner du pouvoir aux membres des familles et permettre aux intervenants de se sentir plus à l'aise avec les difficultés parfois chaotiques des familles. En troisième partie, un exemple de cas en toxicomanie illustre comment le processus de conception/étiquetage du phénomène de l'alcoolisme compris comme une maladie par la majorité des intervenants, et selon l'idéologie des *Alcooliques Anonymes*, produit des effets thérapeutiques et sociaux improductifs sur les dynamiques familiales, et en particulier sur le développement des enfants.

ABSTRACT

Relationships between families and caregivers : some guidelines for collaboration and empowerment in the intervention context

From a critical angle of reflection and clinical observations, this article attempts to analyze certain social and therapeutic components in a context of family intervention. Through a critical social analysis, three main contents are addressed. The first one underlines the social contemporary changes and their general impact on family dynamics. The second one looks at how the social labeling process, generally associated with deviancy by the therapists, diminishes the power of the persons seen in intervention. As challenging alternatives in transferring some power to family members, the author suggests to consider some concepts that could be helpful and useful for the therapist among them : competency, pertinent information, time, chaos and process. Finally, the author illustrates an example of alcohol addiction when it is conceived as a disease by revealing the negative social effects of the Alcoholic Anonymous ideology when applied to family dynamics, and especially on the children's development.

RESUMEN

Relaciones familiares y profesionistas : hitos hacia la colaboración y la habilitación en contexto de intervención

A partir de una reflexión teórica y de observaciones clínicas, este artículo trata de analizar ciertos desafíos sociales y terapéuticos en un contexto de intervención entre familias y terapeutas. Para ello, el artículo se sirve de una estrategia de análisis social crítico en tres partes. La primera parte realiza un resumen de los cambios sociales contemporáneos que han tenido un impacto sobre las dinámicas familiares. La segunda parte aborda la cuestión del etiquetaje socio-familiar de los problemas asociados a la marginalización practicada por los profesionistas, por una parte, y a las consecuencias de ese proceso de etiquetaje sobre la responsabilización, por otra parte. Como alternativa a estos efectos se sugieren los conceptos de competencia, información pertinente, tiempo, caos y proceso, con el fin de transferir el poder a los miembros de las familias y permitir a los profesionistas de sentirse más cómodos ante las dificultades a veces caóticas de las familias. En la tercera parte, el ejemplo de un caso detoxicomanía ilustra como el proceso de concepción/etiquetaje del fenómeno del alcoholismo entendido como una enfermedad por la mayoría de los profesionistas, y de acuerdo con la ideología de los Alcohólicos Anónimos, produce efectos terapéuticos y sociales improductivos sobre las dinámicas familiares y en particular sobre el desarrollo de los niños.

Introduction

Dans la variété des interactions possibles entre les familles et les intervenants, les difficultés de communication, bien que non souhaitables, sont jusqu'à un certain point incontournables. Dans la mesure où l'intervention est avant tout une rencontre de deux systèmes, celui de l'intervenant avec son statut social, économique, culturel, sa personnalité, ses valeurs et ses normes, son mandat institutionnel, (etc.) et celui des familles avec leurs propres dynamiques internes et sociales, il est impératif que des décalages surviennent parfois entre les attentes implicites ou explicites des systèmes en question. Afin de mettre en lumière certaines composantes de ces décalages ou malentendus potentiels, et à travers un survol de certains changements sociaux structurels contemporains ayant un impact sur les familles, il s'agira de mettre en lumière le processus de conception/étiquetage des problèmes sociofamiliaux qui peut constituer un obstacle pour les intervenants et pour les familles. En deuxième lieu, et afin de prévenir des sentiments d'impuissance de part et d'autre, les concepts de compétence, d'information pertinente, de temps, de chaos, et de processus dans la relation d'aide avec les familles seront présentés comme un défi pour les intervenants afin qu'ils puissent les intégrer dans leur champ de vision. En troisième lieu, une illustration sera effectuée pour démontrer comment l'adhésion à l'idéologie des Alcooliques Anonymes et la conception/étiquetage par les intervenants du phénomène des dépendances comme une maladie, par exemple, peut conduire non pas à une restauration de l'équilibre, mais au contraire, à une alimentation du système familial de dépendance. Dans ce cadre, certains effets pervers sur le développement des enfants vivant dans des familles avec des problèmes d'alcoolisme seront mis en évidence. Enfin, une conclusion résumera certains enjeux sociaux et thérapeutiques qui peuvent favoriser la compréhension et la communication réciproques entre familles et intervenants.

Quelques changements structurels et sociaux : impact sur les familles

La famille est certainement l'un des micro-milieus naturels qui accomplit, outre ses tâches spécifiques, la médiation entre l'individu et l'écosystème physique et social. Au-delà des changements sociaux, elle demeure le lieu où se construit le processus d'individuation de chaque être humain ainsi que bon nombre de conflits sociaux et familiaux. Les familles contemporaines de cette fin de siècle expérimentent des changements sans précédent et doivent s'adapter à une variété de problèmes anciens et nouveaux. Dans son dernier ouvrage intitulé *System effects*, Jervis (1998) souligne que les relations sociales, souvent complexes dans et entre les systèmes, affectent directement les interactions avec l'environnement élargi et ont un impact significatif sur l'économie, la politique, et l'ensemble des sous-systèmes dont

les familles font partie. À titre d'exemple, plus les revenus des familles augmentent moins il y a de problèmes de comportements, de placements d'enfants, de manifestations de violence (Ryan et Adams (1998)). Dans la même veine, si au Québec, neuf personnes sur dix se mariaient avant l'âge de 50 ans dans les années 1940-50, le mariage aujourd'hui se termine en divorce une fois sur deux et il continuera à décroître au profit des unions libres (Dandurand (1991)). L'augmentation des options possibles de notre société postmoderne a contribué également à questionner les valeurs considérées jusque-là comme traditionnelles en imposant un rythme plus individualisant au détriment de structures et de réseaux de soutien de solidarité. Selon McKenry et Price (1994), il y a un idéalisme du progrès à l'effet que les percées scientifiques et technologiques font en sorte que la vie sera progressivement meilleure. Or, déjà dans les années 40, dans son œuvre intitulée *L'homme sans qualités*, Robert Musil soulignait que le progrès constitue un gain dans le détail mais il est surtout une coupure dans l'ensemble. En d'autres termes, on peut dire que nous avons peut-être plus d'options et de choix qui s'offrent à nous, grâce à cette modernité du progrès, mais celle-ci s'accompagne simultanément d'un éloignement de notre être intérieur dans sa relation au social. Dans la même veine, Servier (1968) dans *L'histoire de l'utopie* nous met en garde que le discours sur le progrès a remplacé l'âme et a ouvert simultanément les portes à des modalités de contrôle des liens sociaux plus sophistiqués. À ce titre, on peut mentionner les travaux de Suissa (1999); de Conrad (1992) et de Horwitz (1990) qui nous éclairent sur ces nouvelles formes de mesures de contrôle social ayant un impact direct sur les solidarités familiales et les stratégies de survie de nature plus individuelle que sociale. Comme effets de cette postmodernité, on peut dire également qu'il y a une certaine aliénation sociale et que les familles vivent conséquemment une réduction nette du bien-être économique, social et émotionnel. Ainsi, le rythme trépidant de l'économie changeante a introduit une certaine dislocation du social (Chossudovsky (1998)) par exemple :

- l'appauvrissement généralisé de la population,
- l'incertitude quant à la sécurité d'emploi et l'avancement,
- le double emploi parental (Descarries et Corbeil (1996)),
- le nombre restreint de places dans les garderies,
- les coupures diverses dans les systèmes de santé et de l'éducation,
- le plus grand recours à des relations de dépendance (substances psychotropes, gambling, etc.) à l'extérieur des systèmes familiaux comme stratégies d'équilibre et de survie,
- la réduction du temps pour les familles à consacrer aux loisirs,
- l'obligation de plus en plus de jeunes de travailler à l'extérieur ou de vivre plus longtemps avec leurs parents, etc.

Devant cette panoplie de contraintes, et dans la mesure où les familles ne vivent pas en isolation et qu'elles font partie d'un contexte social plus large, ce dernier produit des effets importants de stress. La gestion de ce stress dépendra à son tour des habiletés d'adaptation de chaque famille, de son statut social et économique, de son

réseau primaire, de la force de ses liens sociaux dans la résolution des contraintes et des problèmes inhérents à « *la disparition des structures affectives de la vie* ». (Lesemann (1989, p. 117))

À chaque type de famille son système d'adaptation

Si les problèmes sociaux sont communs à l'ensemble des familles, les mécanismes d'adaptation de chaque famille dépendront de son statut économique, de sa capacité d'avoir et de consolider une certaine flexibilité entre l'appartenance / socialisation de ses membres et le processus d'inviduation / unicité permettant le développement psychosocial de chaque membre. À titre d'exemple, pensons au phénomène de la dépendance à l'alcool qui est un problème social et de santé publique important dans notre société. Les dynamiques des systèmes familiaux aux prises avec ce type de problème vont fortement varier selon les mécanismes d'adaptation propres aux types de famille en question. Que ce soit le type de système enchevêtré ou désengagé, le seul dénominateur commun entre ces familles souffrant d'abus d'alcool est la substance alcool. Dans cette logique, McCubbin et Patterson (1982) conçoivent l'adaptation comme un processus de pouvoir régénérateur qui dénote, jusqu'à un certain point, les habiletés propres à chaque système familial de passer à travers les crises et le stress inhérents de la vie. Dit autrement, l'adaptation familiale peut être définie comme un degré par lequel le système familial altère ses fonctions externes liées aux exigences de l'environnement d'une part, et les fonctions internes pouvant inclure les comportements, les règles, les rôles, les perceptions, d'autre part. Une fois ces ajustements effectués pour atteindre une certaine homéostasie, le système familial est toujours dans une dynamique d'autorégulation interne avec l'environnement social, qui lui dicte à son tour la marche à suivre pour maintenir l'équilibre nécessaire à sa survie sur une base continue. Comme le soulignait un pionnier de l'approche systémique :

« [...] le processus de vie consiste non seulement dans l'adaptation du corps à son environnement, mais aussi dans l'adaptation de l'environnement au corps. » Minuchin (1979, p. 21).

C'est dans ce contexte qu'on peut mieux comprendre les fluctuations changeantes mais nécessaires à l'équilibre des systèmes familiaux.

De la première à la seconde cybernétique des systèmes : que nous dit l'épistémologie?

Jusqu'après la seconde guerre mondiale, l'approche scientifique traditionnelle s'appuyait sur le concept de la première cybernétique, à savoir que l'intervenant est un observateur extérieur du système familial et que les propriétés de l'observateur ne doivent pas entrer dans la description des observations thérapeutiques. Or, la seconde cybernétique, inspirée du mathématicien autrichien Heinz Von Foerster, nous rappelle qu'en intervention auprès des systèmes familiaux, il nous faut inclure l'observateur dans le système observé. Plusieurs thérapeutes et chercheurs (Lamarre (1998); Elkaïm (1989); Bateson (1984)) soulignent cette réalité incontournable et font

appel au concept de l'auto-référence à l'effet que l'histoire personnelle et sociale de l'intervenant ne peut être détachée de la relation thérapeutique et constitue un outil d'analyse et d'intervention au service du système thérapeutique même. D'ailleurs, c'est l'auto-référence qui permet à l'intervenant de travailler efficacement avec les familles sans se faire « avaler » par ces mêmes systèmes. Dans cette logique, et selon Lacroix (1990), l'évaluation des familles par les intervenants sous-tend généralement une objectivité. Or, l'inclusion des connaissances et des valeurs/préférences (conscient/inconscient) chez l'intervenant-observateur, révèle au grand jour la réalité plutôt subjective de la relation en question. Elle justifie des interrogations multiples, selon les modalités ci-après :

- Est-ce que ce que je vois dans telle ou telle famille me met à l'aise pour les accompagner?
- Comment concilier mes valeurs personnelles et sociales avec celles du client qui parfois posent problème (ex. : abus physique ou sexuel, négligence, inceste, etc.)?
- Comment apprivoiser une certaine distance à l'égard de ces problèmes tout en montrant une certaine ouverture et empathie dans le processus thérapeutique et de résolution des conflits?

En regard de ces multiples questions, qui peuvent constituer des espaces d'impuissance pour l'intervenant, il est clair qu'il doit faire une démarche critique de ses fonctions réelles dans la sphère sociale élargie. En d'autres termes, il pourrait se questionner sur la portée de ses actes thérapeutiques dans le rétablissement de l'équilibre des familles en question d'une part, mais aussi s'interroger si les gestes posés contribuent aussi à une appropriation du pouvoir par les personnes vues en intervention dans une perspective de changement social, d'autre part.

Familles/intervenants : une rencontre de deux systèmes psychosociaux

La relation familles/intervenants est fondamentalement axée sur une dynamique de pouvoir dans la mesure où l'intervenant a généralement le pouvoir de définir la situation et de gérer, jusqu'à un certain point, le processus thérapeutique via le mandat institutionnel, le savoir, le contrôle, etc. Ainsi comprise, l'intervention ne relève pas d'une neutralité en soi mais s'inscrit dans une relation complexe où plusieurs facteurs entrent en jeu. Si l'intervention sociale auprès des familles est souvent conceptualisée comme une relation d'aide qui renforce l'image de deux personnes aidant/aidé, il n'en demeure pas moins que la relation thérapeutique constitue aussi une rencontre de deux systèmes psychosociaux où chacun des acteurs n'est pas un individu isolé, mais agit comme représentant de ses relations sociales, ses valeurs et les normes qui lui sont propres. Cette réalité peut se traduire par une dialectique dans l'acte thérapeutique dans la mesure où l'intervenant peut axer son intervention sur le potentiel des membres de la famille et de leur pouvoir ou sur un contrôle social axé sur les carences et la passivité des membres.

L'étiquetage des problèmes sociofamiliaux par la déviance : quelques défis et pièges pour l'intervenant

Sans prétendre répondre à l'ensemble des difficultés possibles que peuvent rencontrer les intervenants en situation d'intervention avec les familles, il est important de souligner que la conception qu'ont les intervenants des familles influence étroitement les gestes qui seront posés dans le processus d'intervention. Afin d'éviter une variété de pièges pouvant mener à des difficultés de communication et pour mieux évaluer les services aux familles, il est impératif que les intervenants se « libèrent », d'abord et avant tout, de biais personnels et professionnels associés aux normes familiales de type nucléaire. Sous cet angle, certains chercheurs suggèrent qu'il est utile pour les intervenants de concevoir la famille dite moderne comme « *deux ou plusieurs personnes liées ensemble par des appartenances de partage et d'intimité* » (Dean et Larsen (1996, p. 278)). Cette définition plus flexible de la famille contemporaine devrait aider les intervenants à rencontrer les différentes clientèles sur leur propre terrain et à les accompagner dans le processus d'aide tout en tenant compte de différentes formes d'aide et des raisons sous-jacentes à leur choix de style de vie. Elle permet également de réduire les préjugés sociaux associés à la déviance généralement appliqués aux personnes selon leur statut économique et culturel (familles monoparentales ou reconstituées, assistés sociaux, personnes seules, immigrants, groupes sociaux minoritaires, etc.).

En relation à ces défis, Rondeau et Roy (1990) nous rappellent que la perception que nous nous faisons d'un groupe de personnes oriente nécessairement la définition de leurs besoins et par conséquent détermine les services eux-mêmes. Dit autrement, lorsqu'on juge qu'une personne ou une famille est inadéquate ou irresponsable, on aura tendance à agir en conséquence de cette perception/conception en mettant en veilleuse les forces et les compétences des personnes. De plus, il y aura une tentative explicite ou implicite à isoler les problèmes vécus par les familles sous l'angle de la psychopathologie en intervenant plus sur les symptômes visibles au détriment d'un travail sur les structures ayant engendré les difficultés en question. À titre d'exemple, si nous intervenons auprès d'assistés sociaux et nous leur attribuons des carences/déviances selon leur statut d'assistés, nous avons en quelque sorte édifié une logique d'intervention axée sur le contrôle de cette carence/déviance à réduire ou à éliminer et il est plus difficile alors de créer des liens menant à la collaboration et au partenariat. Comme nous l'avons déjà souligné avec Musil, on gagne peut-être dans le détail à court terme, mais on perd l'ensemble et le défi des changements sociaux en mettant en veilleuse l'origine structurelle des problèmes sociaux à long terme.

C'est à ce dérapage, malheureusement fréquent en intervention auprès des familles, auquel s'attaque principalement Ausloos (1995) dans son ouvrage intitulé *La compétence des familles*. Ce psychiatre et systémicien de formation nous propose deux postulats de travail en intervention. En premier lieu, le postulat de **la compétence** où nous sommes invités à déconstruire nos propres étiquettes sociales associant généralement les comportements des familles en termes de difficultés, de faiblesses,

de manques d'habiletés, voire de déviance. Considérant ce piège dans le transfert de pouvoir aux personnes en situation de fragilité, ce chercheur nous propose justement de mettre l'accent sur les compétences si on veut viser la prise en charge des familles. En d'autres termes, le défi de transférer du pouvoir aux personnes vivant en situation de crise ou de difficultés (empowerment) ne peut être possible que si nous réussissons effectivement à les percevoir par le biais de la compétence. Dans la mesure où cela exige des compétences pour rester en équilibre dans des conditions difficiles, parfois chaotiques, ce postulat nous renvoie plutôt aux forces des familles plutôt que de se concentrer sur les symptômes des faiblesses et des manques. À ce sujet, Minuchin, un des pionniers de l'approche systémique avec les familles, nous rappelle qu'on doit garder à l'esprit qu'un système familial, aussi perturbé soit-il, représente toujours un certain équilibre. Ainsi, une famille change non pas parce qu'on a interprété verbalement ses conflits mais parce qu'elle a fait l'expérience d'une alternative possible. L'idée suivante résume bien cette perspective : « *une famille ne peut se poser que des problèmes qu'elle est capable de résoudre* » (Ausloos (1995, p. 29)).

En deuxième lieu, il y a le postulat de l'**information pertinente**, à savoir l'information significative qui circule dans la famille et qui va y retourner pour informer le système sur son propre fonctionnement ou, comme dirait Bateson, la différence qui fait la différence. Faire circuler l'information entre les membres du système familial ne peut se limiter à recueillir des données mais devrait faire découvrir aux membres des choses qu'ils ne savaient pas sur leurs relations. Ce principe de circularisation d'information pertinente constitue donc un facteur central dans les dynamiques thérapeutiques, dans la mesure où il permet aux familles de trouver leurs propres solutions, leurs autosolutions. Ces deux postulats, compétence et information pertinente, représentent en fait l'activation du processus familial où le changement devient possible.

Trois autres thèmes complètent le tableau quand on intervient auprès des familles. Le premier est le facteur **temps**, le temps que les familles ont besoin pour observer, expérimenter, changer, et le temps que le thérapeute doit apprivoiser dans sa démarche d'intervention. Le deuxième thème est celui du concept de **chaos** où le potentiel de créativité et d'imprévisibilité peut être très grand. Enfin, le dernier thème nous renvoie au **processus** thérapeutique où les membres des familles ne sont pas vus comme dysfonctionnels ou déséquilibrés, mais en constante équilibration.

Le temps

La façon dont nous vivons et percevons le temps diffère fortement selon les cultures, les contextes, les circonstances, les lieux, les sujets, les sensations agréables ou désagréables, etc. Ainsi compris, le temps n'est pas le même pour les familles et les thérapeutes. Cette perception différente du temps peut intervenir dans la production de la pathologie et de son maintien comme dans la conduite du traitement. À titre d'exemple, dans une famille avec des modes de communication ou à transactions rigides, l'information circule peu et l'homéostasie, c'est-à-dire l'équilibre qui permet le maintien et la cohésion du système familial, repose sur le non changement. Dans ce contexte, le temps est arrêté et il est suggéré de remettre le temps en marche pour

favoriser une circulation de l'information. À ce titre, la technique du photogramme (l'album de famille), technique vue comme moins figée que celle du *génogramme*, peut s'avérer efficace. Cette démarche consiste à demander aux membres de faire un choix préalable et d'apporter des photos des membres significatifs de la famille en les sélectionnant à différents moments de leur histoire. En leur faisant commenter ces photos, on leur permet de mobiliser la mémoire du passé et d'ouvrir des fenêtres dans la projection vers le futur. Cette technique contribue alors à combattre le temps arrêté de ce type de familles, à renouer certaines communications en proposant une activité qui permettra aux membres de reprendre une certaine place dans leur quotidien.

Pour ce qui est des familles avec des modes de communication ou à transactions dits chaotiques, le temps est événementiel, c'est-à-dire sans passé ni futur, seulement le temps immédiat. L'homéostasie se caractérise plus par une suite d'événements et de changements très rapides que par le non changement. Dit autrement, on assiste à une surcharge d'informations mais celles-ci ne sont pas intégrées, elles ne sont pas mises en mémoire. Dans ce contexte, le thérapeute peut souvent se sentir débordé car il se retrouve soumis à une succession d'événements sans ligne directrice, sans cohérence. Dans ce cas, il est suggéré justement d'arrêter le temps pour faire circuler l'information et utiliser *l'historiogramme*, c'est-à-dire faire raconter l'histoire de la famille. Quant à la notion de pouvoir associée au temps, Ausloos soutient que le pouvoir est dans le jeu du système et que chaque membre de la famille participe à sa distribution, à sa gestion, à son utilisation. Il donne l'exemple de la jeune fille anorexique qui ne peut s'approprier le pouvoir sur son système familial que dans la mesure où les autres membres révèlent leur impuissance à l'égard de ce comportement dans le temps. Toujours en rapport à la notion de temps, on ne peut *a priori* déterminer à l'avance le temps qu'une démarche thérapeutique va exiger. Ceci est intimement lié à la situation particulière de chaque famille et là où chacun des membres est rendu dans sa trajectoire personnelle. Dans la mesure où cela prend du temps pour tâtonner, essayer, créer et s'ajuster, on peut dire alors *qu'on travaille plus avec les personnes plutôt qu'avec les problèmes*. Cette approche du temps a des effets bénéfiques sur l'intervenant car elle contribue à créer des conditions de *coresponsabilité* propices aux changements selon les rythmes propres aux systèmes familiaux.

Le chaos

En tenant compte du principe **d'équifinalité**, à savoir que plusieurs voies peuvent mener à un même but et vice versa, nous débouchons nécessairement sur la notion d'imprévisibilité. Comme intervenants, on peut dire que nous ne pouvons pas savoir au départ ce qui a mené à tel ou tel problème, et encore moins ce qui permettra de le résoudre. C'est dans le cours des échanges et des contenus avec les personnes, non connus *a priori*, que nous trouvons souvent des solutions créatrices. Dans cette optique, le terme de chaos s'avère très utile dans la mesure où le potentiel de créativité et d'imprévisibilité est infini. Bien que le chaos soit souvent associé à échec, aliénation, dégradation, il faut y voir également la source de vie et du changement. Si tout est ordre

et contrôle, peut-on alors se demander d'où surgira la voie du changement et de la réhabilitation? Pour reprendre les termes d'Ausloos, n'essayons-nous pas comme intervenants de « normaliser », c'est-à-dire de ramener à la norme, de raboter ce qui nous dépasse, de couper les ailes de l'imagination et de l'imprévu? Comment se soumettre à des critères de contrôle tels la rationalisation, la classification, la prévision, le contrôle, la sélection, quand on intervient au plan psychosocial? En regard de ces questions, l'impression que nous pouvons prévoir une partie des comportements de nos clients nous rappelle que nous avons, jusqu'à un certain point, adhéré via nos engagements professionnels et institutionnels, à l'idée que les comportements sont contrôlables alors que c'est la collaboration qui produit les changements les plus efficaces et les plus durables. Apprendre à lâcher prise, c'est abandonner les constructions théoriques pour nager avec les membres des familles, tout en sachant que notre compétence de thérapeute et celle de la famille, restent une réalité bien vivante en voie d'équilibration et de changement. Ainsi comprises, les compétences des membres de la famille, combinées à un certain confort du thérapeute axé sur la collaboration plutôt que sur le contrôle, constituent un chaos créateur vers les multiples possibles en intervention.

Le processus

Le processus de désignation du patient-désigné, c'est-à-dire les étapes par lequel le système familial en arrive à nommer tel ou tel membre de la famille comme étant la source du problème, constitue une source d'informations précieuses dans la compréhension et la saisie des dynamiques familiales. À titre d'exemple, on peut penser à un membre toxicomane dans une famille x que les membres présentent au thérapeute comme étant la source du problème. Simultanément, on évacue le rôle souvent important, quelquefois primordial, que jouent les membres dans le processus de désignation, du maintien du statut-quo, voire du bouc émissaire, etc. Sous cet angle, le comportement dit du patient-désigné, joue un rôle ou une fonction particulière propre au système familial qui lui a donné naissance. Ce comportement a été en fait sélectionné par le jeu des interactions, pour être ensuite amplifié par le système dans une dynamique de rétroactions, c'est ce qu'Ausloos nomme le stade de la sélection-amplification. Suivra ensuite le stade de la cristallisation, de la *pathologisation* où le comportement sélectionné par les membres se cristallise, devient une habitude en faisant partie du sujet pour être le moyen par lequel on l'identifie dans son système. Ce processus est également connu en sociocriminologie, par exemple, où le patient-désigné est sujet à un étiquetage qu'on nomme déviance primaire. Celle-ci devient avec le temps une déviance secondaire une fois que la personne adopte l'identité même de déviant. Dans cette optique, ne devons-nous pas comme thérapeutes se centrer principalement sur les processus qui conduisent à un certain déséquilibre plutôt que sur les contenus? Comme Jérôme Guay (1992) l'avait déjà démontré dans son essai sur les thérapies brèves, l'intervenant doit se nourrir de la compétence des familles plutôt que du brio de ses techniques.

Le discours de l'alcoolisme comme une maladie : un exemple de piège pour l'intervenant et l'empowerment des personnes et des familles

Depuis près de trois décennies, le champ des toxicomanies est traversé par une crise conceptuelle importante (Nadeau (1988); Miller et Gold (1989); Watz et Weinberg (1990); Peele (1989); (1991)). Celle-ci s'explique en grande partie par une absence de consensus autour de la conception et de la gestion des problèmes liés aux dépendances. Ce manque d'entendement révèle des divergences profondes dès qu'on aborde la question d'un point de vue unidimensionnel (discours traditionnel de la maladie) ou multidimensionnel (psychosocial et culturel) et des modalités de contrôle social à privilégier.

Cette multitude de versions possibles auxquelles sont conviés les divers intervenants dans la gestion des dépendances, pose des obstacles importants dans la tentative de répondre adéquatement aux problèmes sociaux reliés à ce phénomène. Des paradoxes majeurs continuent d'alimenter le discours dominant quand il s'agit de déterminer si la dépendance à un produit prohibé (cocaïne, héroïne, cannabis) constitue un crime, une maladie ou est plutôt reliée au rapport individu-substance. Alors que les substances non prohibées et acceptées socialement par la culture occidentale (alcool, tabac, médicaments sous prescription médicale) passent généralement par une définition associant dépendance à maladie, celles qui sont étrangères à la culture occidentale sont plus souvent associées à la déviance et à la criminalisation (Szasz (1989)).

Esquisse de la perspective thérapeutique de contrôle social

Contrairement à la perspective pénale, les populations touchées par ce type de contrôle ne sont généralement pas vues comme moralement déviantes mais plutôt comme victimes d'un processus de maladie sur lequel elles n'ont pas ou plus d'emprise. Quand les motivations derrière des activités dites déviantes apparaissent comme incompréhensibles, dénuées de sens ou inintelligibles pour les institutions de contrôle social (justice, tribunaux, police, hôpitaux), l'intervention de contrôle sera de nature plus thérapeutique. À l'opposé, quand il y a des motifs reconnus comme faisant partie du consensus social, la réponse sera de nature plus pénale. Même si plusieurs cas combinent simultanément la réponse thérapeutique et pénale, il n'en demeure pas moins que les facteurs de distance et/ou du lien social jouent un rôle central dans le traitement du type de réponse. À titre d'exemple, on peut penser à des populations considérées comme trop distantes socialement par le système en place (toxicomanes, itinérants, prostituées ou délinquants), qui sont traitées tantôt comme des criminels tantôt comme des malades, ceci dépendant du délit commis, de la personnalité de l'acteur, de l'absence ou de l'existence de liens sociaux (Higgins (1980)). Dans cette logique, on peut déduire que, plus grande sera la distance relationnelle au social, plus il y aura un processus d'étiquetage et de punition.

Pour ce qui est du statut social, la perspective thérapeutique semble être une alternative plus acceptable parmi les classes favorisées que parmi les classes

démunies (Goldberg et Huxley (1980)). Chez ces dernières, la tendance sera de définir les problèmes par le biais de la maladie et de problèmes de la personnalité, alors que chez les classes sociales plus aisées ce sera par le biais de difficultés émotionnelles ou interpersonnelles. À l'intérieur des groupes, des liens sociaux plus étroits auront tendance à développer une réponse thérapeutique de type plus communautaire en renforçant l'appartenance de l'individu au groupe. À ce titre, l'exemple de la fraternité des *Alcooliques Anonymes* nous fournit une illustration concrète et actuelle où le style thérapeutique choisi reflète également sa forme principale de solidarité sociale.

L'idéologie de la maladie par Alcooliques Anonymes : les effets psychosociaux pervers d'un étiquetage en intervention

Au plan historique et jusqu'en 1935, les hôpitaux pour les troubles mentaux et les asiles pour ivrognes (« inebriate asylums ») en Amérique du Nord étaient les seules avenues pour le traitement des alcooliques (Blumberg (1977)). Dans ce contexte d'insatisfaction thérapeutique, deux hommes souffrant d'abus d'alcool, dont un médecin chirurgien et un courtier en valeurs mobilières, trouvèrent une alternative en partageant leurs difficultés et en se donnant du soutien pour cesser leur dépendance. Inspiré de certains principes spirituels du Groupe d'Oxford (Oxford Group), qui était à la fin des années trente un mouvement évangélique religieux très populaire, ce mouvement introduit l'idée que l'alcoolisme est une allergie tout en le considérant comme une maladie (Miller et Chappel (1991, p. 201)). Même si le concept de l'allergie était questionné par l'Establishment médical, le fait qu'il s'intégrait dans une définition de la maladie dans le sens de « *sick role* » (Parsons (1975)) constituait un argument important dans l'adhésion des médecins au mouvement.

Dès que nous appliquons l'étiquette de malade à une personne souffrant d'abus d'alcool, l'accent est mis sur la permanence de sa condition et sur la nécessité pour celle-ci d'assumer le statut d'alcoolique à vie. Il se crée ainsi une idéologie qui répond aux questions du passé, du présent et du futur, ce qui moule étroitement la nature de la perception de soi et des rapports sociaux. Dans ce contexte, le mouvement des *Alcooliques Anonymes (A.A)* occupe une place de choix au plan idéologique car il est le principal moteur de la dissémination de l'information voulant que l'alcoolisme soit une maladie. Allergie, maladie progressive de la volonté, des humeurs ou perte de contrôle, cet étiquetage opère sur les individus et leur milieu une déculpabilisation morale et sociale de leurs gestes tout en leur offrant un espace de solidarité sociale, d'écoute, d'absence de jugement et d'entraide mutuelle (Suissa (1993)). Ces effets considérés comme positifs *a priori*, placent simultanément les membres anonymes dans une trajectoire sociale particulière. Par particulière, il faut entendre une déresponsabilisation des gestes de l'individu au nom de la maladie, et ce, même s'il a été abstinent durant plusieurs années. De plus, cet étiquetage s'applique également aux membres de la famille, communément appelés les *codépendants*. Ces derniers doivent généralement adhérer aux principes sous-jacents des A.A soit : la dépendance est d'origine biologique, le dépendant doit reconnaître qu'il a une

maladie, l'expert en traitement est un ex-alcoolique, l'alcoolique doit se livrer à un pouvoir plus puissant (Dieu).

Dans le cas des dynamiques familiales et conjugales, l'acceptation sociale du comportement alcoolique comme une maladie permet l'installation d'une dyade où la responsabilité de l'homme est évacuée à l'extérieur de la relation. Étant donné le jugement social négatif envers la personne alcoolique encore prédominant dans notre société, la réalité du « je suis malade, ce n'est pas de ma faute » favorisera alors chez la co-alcoolique un rôle où elle devra généralement couvrir et cacher les problèmes vécus par son conjoint (Van Caloen *et alii* (1989)). Cette adaptation secondaire engendrera une relation où la symétrie est bannie du champ de la réalité, alors qu'elle est la pierre angulaire de la confrontation et donc du changement individuel et social. On entre alors dans une relation de type complémentaire et inégal, ce qui explique d'ailleurs la durabilité impressionnante des systèmes alcooliques qui peuvent durer dix, vingt et trente ans. Ainsi compris, les gestes posés par la conjointe pour aider son mari alcoolique considéré malade protègent non pas l'alcoolique mais paradoxalement le système alcoolique.

En ce qui a trait aux conséquences de l'alcoolisme des parents sur le développement des enfants, plusieurs études démontrent que l'abus d'alcool chez les parents, sans établir un lien de cause à effet, constitue un facteur de risque de compromission du développement chez l'enfant (Black (1985); Lisansky (1991); Latham et Napier (1992); Lacharité (1992)). Au plan global, ces études soulignent que le parent abuseur d'alcool est généralement un homme dont les comportements affectent généralement 3 à 6 personnes de son entourage immédiat à savoir sa conjointe, ses enfants et ses collègues de travail. Sur ce point, Mayer, Black et McDonall (1978) constatent que 75 % des parents alcooliques en traitement possèdent un fort potentiel d'abus envers leur enfant. Pour les adolescents cités devant le tribunal pour délit, Tarter *et alii* (1984) concluent que 69 % ayant un père alcoolique ont été abusés physiquement dans leur enfance comparativement à 12 % de ceux n'ayant pas de parent alcoolique.

Selon Black (1985), Seilhamer et Jacob (1990), Suissa (1994) et Célineau et Moreau (1998), l'abus d'alcool produit des effets à plusieurs niveaux dans la relation parent-enfant. Il y a les effets toxiques de l'abus de la substance soit l'altération des capacités mentales, de l'humeur, du jugement, mais aussi les effets dits microsystémiques à savoir les problèmes financiers, de violence, d'isolement social, de communication, de reproduction des modèles appris comme étant socialement acceptables, etc. Un des exemples qui illustre le mieux les effets néfastes de l'alcoolisme parental sur le développement des enfants est le mouvement social des enfants adultes d'alcooliques en Amérique du Nord. Quelques facteurs peuvent expliquer les problèmes engendrés par l'alcoolisme parental sur les enfants adultes d'alcooliques :

- durant l'enfance, ils ne peuvent pas faire confiance à leurs perceptions car le double message et l'ambiguïté dans la communication sont une réalité quotidienne avec le parent alcoolique;
- absence de rétroactions positives quand l'enfant réalise quelque chose qui exige généralement un compliment ou une récompense;

- tristesse à l'effet que les parents ne sont pas présents pour les activités majeures des enfants sur une base régulière : anniversaires, événements scolaires et parascolaires, etc.;
- sentiment de culpabilité de ne pouvoir aimer son parent alcoolique entièrement;
- peur intériorisée à l'effet que le parent ait un accident de circulation avec facultés affaiblies;
- identité basée sur des habiletés de survie et sur le processus de refus, de colère, de honte, et de résistance;
- rupture fréquente des liens affectifs à cause des conflits intrafamiliaux générés par la structure même du système familial alcoolique, etc.

Pour toutes ces raisons, les effets de l'alcoolisme parental sur le développement psychosocial des enfants représentent une source importante de stress. Ce contexte d'apprentissage psychosocial auquel les enfants sont soumis peut s'avérer néfaste pour leur développement s'ils n'effectuent pas de démarche thérapeutique visant à « exorciser » la souffrance qu'ils ont vécue. Ceci étant, il est important de rappeler que ce n'est pas la substance en soi qui détermine les problèmes qui affectent les enfants dans leur développement, mais bien la nature de la relation qu'entretiennent les parents alcooliques avec celle-ci.

En ce qui concerne l'application de plus en plus répandue de l'idéologie des regroupements anonymes à plusieurs comportements dits compulsifs et considérés comme maladies : joueurs invétérés, divorcés, dépressifs, acheteurs dits compulsifs, dépendants affectifs ou amoureux, enfants adultes d'alcooliques, narcomanes, « Al-Ateen », « Al-Anon », elle constitue un autre effet néfaste dans la résolution des problèmes sociaux et familiaux. En fait, cette socialisation des étiquetages comme des maladies milite en fait à l'encontre des potentiels de changement personnel et social où l'énergie est investie dans l'adaptation au déterminisme de la maladie.

Ce qui est frappant avec le mouvement des *Alcooliques Anonymes*, c'est qu'il réussit à créer des liens sociaux importants en incluant les membres et en brisant leur isolement social; mais, il les exclut simultanément de la sphère plus large de la socialisation en les étiquetant de malades à vie. La différenciation sociale à l'égard de l'adaptation secondaire (Spector (1978)) pose en fait la question plus large de la socialisation : entre celle qui intègre et celle qui exclut.

Même si le besoin d'appartenance sociale est important pour chacun des membres, il faut également rappeler qu'à part la substance alcool qui lie tous et chacun sur cette base anonyme, chaque individu a développé sa dépendance pour des raisons qui lui sont propres. Cet aspect est important car la substance n'a rien à voir avec la dépendance, c'est l'interprétation et l'expérience personnelle qui déterminera si le cycle de la dépendance sera ou non enclenché (Becker (1963); Peele (1982)). En d'autres termes, ce n'est pas la substance en soi qui va déterminer le cycle de l'assuétude mais bien *la nature de la relation* qu'on établit avec elle (Weil (1983)).

En ce qui a trait à la question de la réinsertion sociale pour les personnes ayant recours à la philosophie des *Alcooliques Anonymes*, une des recherches sur l'étude du

taux d'efficacité, révélait que plus les membres adhéraient au concept de maladie, plus ils avaient tendance à perdre le contrôle à l'extérieur, tout ceci accompagné d'une estime de soi et d'une satisfaction sociale faibles (White (1991)). Cette perte de contrôle à l'extérieur, c'est-à-dire l'espace social autre que celui du mouvement, nous invite à nous questionner sur le type réel de liens sociaux nécessaires à un fonctionnement équilibré de l'individu dans son rapport à l'environnement. Au plan judiciaire, il faut rappeler que les traitements fondés sur le concept de la maladie sont également imposés comme des alternatives à la prison dans la gestion des problèmes sociaux de déviance : violence conjugale, abus physique et sexuel, inceste, conduite en état d'ébriété, etc. Dans ce contexte, on peut dire que la question de la médicalisation des comportements et de l'alcoolisme en particulier soulève des questions importantes au plan éthique et social (Sahlins (1980); Zola (1972)).

Si la maladie n'existe pas en soi, elle se retrouve régulée par deux facteurs qui semblent jouer un rôle important dans son acceptation sociale. En premier lieu, il faut que le comportement en question soit jugé comme **indésirable** et en deuxième lieu qu'il soit soumis à un **jugement social** qui l'étiquettera alors comme maladie. Parmi les autres effets pervers du discours de la maladie appliquée à l'alcoolisme, il y a principalement l'évacuation de la référence aux aspects psychosociaux et culturels et la tentative de démontrer que la dépendance est une réalité impersonnelle et non discriminatoire, maladie oblige. Au plan psychosocial, la toxicomanie comme l'alcoolisme ne représente pas une maladie mais est d'abord un problème d'individu et de société et non de substance (Suissa (1994)). En regard à cette poussée de la médicalisation comme forme de contrôle social, il s'agit de rester alerte, car l'étiquetage grandissant, de plus en plus de comportements comme des maladies minent le potentiel des humains à se prendre réellement en charge et à créer des liens sociaux significatifs.

Conclusion et perspectives

En résumé, nous considérons qu'appriivoiser l'intervention auprès des familles par le biais de la compétence et générer de l'information pertinente, représentent des atouts précieux pour renvoyer aux personnes leur pouvoir et favoriser ainsi un contexte d'empowerment. La création des conditions propices à un partenariat représente un préalable pour entamer une démarche d'appropriation du pouvoir par les personnes (Bouchard, Pelchat et Boudreault (1996)). Nous avons vu comment les concepts de temps, chaos et processus, peuvent jouer un rôle important dans la recherche de solutions avec les membres des familles. Ils constituent également des outils incontournables dans la saisie des dynamiques familiales complexes, et permettent à l'intervenant de s'occuper de sa propre santé mentale. Pour les enfants vivant dans des familles avec des problèmes d'abus d'alcool, nous avons mis en relief également certains effets néfastes dans leur développement psychosocial.

En nous appuyant sur les propos de Lamarre (1998, p. 156), il est sage de prévoir l'échec éventuel de nos interventions, car nous évoluons dans des contextes qui

permettent les essais mais aussi les erreurs. L'intervenant n'a pas à se sentir inadéquat s'il échoue dans tel ou tel geste, le défi véritable c'est trouver avec les personnes des solutions sans vouloir toujours avoir raison. Dans cette perspective, et au plan de l'intervention clinique auprès des familles, il est suggéré de privilégier le *comment* plutôt que le *pourquoi* dans le but d'éviter de blâmer tel ou tel membre et promouvoir ainsi des changements qui permettent l'autoréorganisation des systèmes familiaux en question. Comme illustration des valeurs sociales idéologiques ayant un impact sur les interventions, nous avons également démontré comment le phénomène de la médicalisation des comportements constitue une avenue privilégiée dans la gestion des problèmes sociaux de dépendance, et pourquoi la question du **lien social** doit être privilégiée par les intervenants. D'ailleurs, une recherche effectuée auprès des toxicomanes et de leur milieu sociofamilial a démontré que le taux de succès est fortement lié à la présence et à la nature du réseau social primaire, soit généralement la famille. À ce sujet, un sondage Gallup en 1990 cité dans Peele (1991), révélait que le soutien donné par les amis (14 %), les parents, les enfants et la fratrie (21 %), l'épouse, le conjoint ou l'être aimé (29 %), représentait la majeure partie des succès dans la résolution des problèmes comparativement à 6 % pour les médecins, les psychologues et les psychiatres, toutes professions confondues. En résumé, et comme le dit si bien Goulding (1978), le pouvoir réel est dans le patient et le défi en intervention réside dans notre capacité de le mettre en valeur sans « tomber » dans le piège de l'étiquetage.

Références bibliographiques

- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*. Erès.
- Bateson, G. (1967). *Vers une écologie de l'esprit*. Seuil.
- Bateson, G. (1984). *La nature et la pensée*. Seuil.
- Becker, H. (1963). *Outsiders*. Free Press.
- Black, C. (1985). *Repeat after me*. MAC Publishing.
- Blumberg, L. (1977). The ideology of a social movement : Alcoholic Anonumous. In *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 38, n° 11, pp. 2122-2143.
- Bouchard, J, Pelchat D. Boudreault, P. (1996). Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques. In *Apprentissage et Socialisation*, Vol. 17, n° 1 et 2, pp. 21-34.
- Célineau, P., Moreau, F. (1998). *Guérir d'un parent alcoolique*. Novalis.
- Chossudovsky, M. (1998). *La mondialisation de la pauvreté*. Éco-société.

- Conrad, P. (1992). *Deviance and medicalization*. Temple University Press. Third Edition.
- Dandurand, R. (1991). Transformation et diversification de la famille québécoise de 1940 à 1990. In *Intervention*, Vol. 88, pp. 26-35.
- Dean, H., Larsen, J. (1996). *Direct social work practice : Theories and skills*. Wiley and Sons.
- Descarries, F., Corbeil, C. (1996). *Famille et travail : double statut... double enjeu pour les mères en emploi*. IREF UQAM.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes ne m'aime pas*. Seuil.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community : The pathway to psychiatric care*. London : Tavistock.
- Goulding, R.L. (1978). *The power is in the patient*. San Francisco : T.A. Press.
- Higgins, J. (1980). Social control theories of social policies. In *Journal of Social Policy*, Vol. 9, n° 11, pp. 1-23.
- Horwitz, A (1990). *The logic of social control*. Plenum Press.
- Jervis, R. (1998). *System effects*. Princeton University Press.
- Keller, M. (1976). The disease concept of alcoholism revisited. In *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 37, pp. 1694-1717.
- Lacharité, Carl (1992). La toxicomanie des parents en tant que facteur de risque de mauvais traitements envers l'enfant. In *Apprentissage et Socialisation*, Vol. 15, n° 2, pp. 121-133.
- Lacroix, J. (1990). *L'individu sa famille et son réseau*. Paris : Erès.
- Lamarre, S. (1998). *Aider sans nuire*. Soligès.
- Latham, K., Napier, T. (1992). Psychosocial consequences of alcohol misuse in the family of origin. In *The International Journal of Addictions*, Vol. 27, n° 10, pp. 1137-1158.
- Lesemann, F. (1989). Les nouveaux visages de la pauvreté. In *Santé Mentale au Québec*, Vol. 14, n° 2, pp. 581-603.
- Levine, H.G. (1984). The alcohol problem in America : from temperance to alcoholism. In *British Journal of Addiction*, Vol. 79, pp. 109-119.
- Lisansky, E. et alii (1991). Women, Alcoholism and Family Therapy. In *Family and Community Health*, Vol. 13, n° 4, pp. 61-71.
- Mayer, J, Black, R., McDonall, J. (1978). Child care in families with an alcoholic parent. In *Currents in alcoholism*, EA. Seixas (Eds), Vol. 2, N.Y. : Grune and Stratton.
- McKenry, P., Price, S. (1994). *Families and change*. Sage Publications.

- McCubbin, H. *et alii* (1982). *Family stress, coping, and social support*. Springfield : Charles C. Thomas.
- Miller, N., Gold, M. (1989). Suggestions for changes in DSM-III-R criteria for substance use disorder. In *American Journal Of Drugs and Alcohol Abuse*, Vol. 15, n° 2, pp. 223-230.
- Miller, N., Chappel, J. (1991). History of the disease concept. In *Psychiatric Annals*, Vol. 21, n° 4.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Montréal : France Amérique.
- Nadeau, L. (1988). La crise paradigmatique dans le champ de l'alcoolisme. In *L'usage des drogues et la toxicomanie*. P. Brisson (Éd.), Montréal : Gaëtan Morin, pp. 185-203.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. In *Health and Society*, pp. 257-277.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Faculté de l'Éducation permanente : Université de Montréal.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America*. Massachussets : Lexington Books.
- Peele, S. (1991). *The truth about addiction and recovery*. Simon and Schuster.
- Rondeau, M., Roy, S. (1990). *Évaluer les forces et les besoins de la personne dans le plan de services individualisés*. Agence d'Arc : Ottawa.
- Rush, B. (1943). An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. In *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 4, pp. 321-341.
- Ryan, B., Adams, G. (1998). How do families affect children's in school? In *Investing in children : A national research conference*. Conférence au Château Laurier, Ottawa, Octobre 1998.
- Sahlins, M. (1980). *Critique de la sociobiologie : aspects anthropologiques*. Gallimard.
- Schneider, J. (1978). Deviant drinking as a disease : Alcoholism as a social accomplishment. In *Social Problems*, Vol. 25, n° 4, pp. 361-372.
- Seilhamer, R., Jacob, T. (1990). Family factors and adjustment of children alcoholics. In *Children of Alcoholics : Critical perspectives*. Windle, J. Searles (Eds), New-York : Guilford Press.
- Spector, M. (1978). La différenciation sociale, la déviation secondaire et la théorie de l'étiquetage. In *Déviance et Société*.
- Suissa, J.A. (1999). Toxicomanies et contrôle social : entre le pénal et le thérapeutique. In *La revue française de service social*. France.
- Suissa, J.A. (1998). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Montréal : Fidès.
- Suissa, J.A. (1994). Violence, toxicomanie et dynamique familiale : Qui est responsable? In *Intervention*, Vol. 99, pp. 64-69.

- Suissa, J.A. (1993). Effets sociaux négatifs du concept de maladie appliqués aux toxicomanies. In *Nervure*, Vol. 6, n°. 10, pp. 65-72.
- Suissa, J.A. (1994). Toxicomanies et course contre la mort. In *Frontières*, Vol. 6, n° 3, pp. 28-31.
- Szasz, T. (1989). Plaidoyer pour la fin de la plus longue guerre du 20^e siècle : la guerre contre la drogue. In *Psychotropes*, Vol. 5, n° 1 et 2, pp. 69-74.
- Tarter, R. *et alii* (1984). Adolescent sons of alcoholics : neuropsychological and personality characteristics. In *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, Vol. 8, pp. 216-224.
- Teff, H. (1975). *Drug, society and the law*. Westmead : Farmborough Saxon House. England.
- Van Caloen, B. *et alii* (1989). Alcoolisme et co-alcoolisme : à propos des couples alcooliques. In *Psychotropes*, Vol. 5, n° 3, pp. 123-129.
- Watz, P., Weinberg, R. (1990). The Volitional Component of Alcoholism : Consequences of Public Policy and Scientific Research. In *The Journal of Mind and Behavior*, Cohen David (Ed.), Vol. 2, n° 3, pp. 531-544.
- Weil, A. (1983). *From chocolate to morphine : understanding psychoactive drugs*. Houghton Mifflin Co.
- White, S. (1991). *The disease concept of alcoholism : Correlates of Alcoholic Anonymous membership*. Doctoral Dissertation. University of Maine.
- Zola, I. (1972). Medecine as an institution of social control. In *Sociological Review*, Vol. 20, pp. 487-504.