

## **Philosophie des Alcooliques Anonymes: repères pour le DPA et la dépathologisation**

**AMNON JACOB SUISSA**  
**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL**

### **RÉSUMÉ**

La médicalisation des comportements liés aux dépendances est de plus en plus une avenue privilégiée dans les modalités de gestion et de contrôle social. Dans ce contexte, les mouvements d'entraide anonymes axés sur les 12 étapes exercent une influence considérable dans la conception du phénomène des dépendances et des interventions à privilégier. Au plan scientifique, ce discours s'appuie sur certaines normes : impuissance, abstinence, perte de contrôle, maladie progressive, croyance à un plus grand pouvoir, anonymat, etc. Fortement disséminées dans la sphère sociale élargie, ces normes sont appliquées à d'autres conditions sociales comprises comme des maladies : dépressifs, narcotiques, gamblers, obèses, dépendants sexuels, internautes, acheteurs compulsifs, anorexiques, endettés, etc. Comment s'effectuent les passages d'une condition sociale et des comportements de dépendance à un statut de maladie, de pathologie? Sur quelles bases scientifiques et idéologiques s'appuie le discours qui permet l'actualisation de ces conditions pour les rendre plus acceptables, voire plus désirables au plan social? Y a-t-il des pratiques du social qui s'inscrivent en faux face à cette médicalisation poussée des problèmes sociaux? Face à ces questions, et à partir d'une analyse sociale critique, l'auteur propose d'identifier les repères importants dans la construction sociale de ce discours. Aux pratiques qui confinent l'individu dans un certain déterminisme (une fois dépendant, toujours dépendant), l'auteur suggère un contre discours axé sur des pratiques sociales qui favorisent le DPA (développement du pouvoir d'agir) des personnes et de leur réseau social.

**MOTS-CLÉS :** *dépendance, développement du pouvoir d'agir, mouvements d'entraide anonymes, intervention, changement social.*

### **ABSTRACT**

Medicalization of addictive behaviors is more and more a privileged path of social control. In this context, the 12-step philosophy exercise a considerable impact on the conception of the addiction phenomenon and the intervention process. On a scientific level, the AA philosophy discourse is based on the following arguments: powerlessness, abstinence, lost of control, progressive disease, etc. On what premises a social condition like an addictive behavior becomes a pathology and a disease? Are they alternative practices to this medicalization process of social problems? To these questions, and from a critical social perspective, the author proposes to analyze some important markers in the social construction of the disease discourse and to present alternative markers based on empowering individuals and their social network.

**KEYWORDS:** *addiction, empowerment, 12-step groups, intervention, social change*

Même si les mouvements anonymes sont parfois considérés comme des espaces de réduction des méfaits, il n'en demeure pas moins que leur discours s'appuie sur une certaine idéologie qui prône la médicalisation : allergie, maladie progressive de la volonté, des humeurs, perte de contrôle ou désordre d'impulsion, etc. Cet étiquetage opère sur les individus et leur milieu une déculpabilisation morale et sociale de leurs gestes d'une part, et un espace de solidarité sociale, d'écoute, d'absence de jugement et d'entraide mutuelle, d'autre part. Ces effets considérés comme positifs a priori, placent simultanément les membres anonymes dans une certaine trajectoire sociale, à savoir une déresponsabilisation des gestes des individus au nom de la maladie, et ce même s'ils ont été abstinentes durant plusieurs années.

Un autre effet de cette idéologie est l'application de plus en plus répandue de cet étiquetage à plusieurs comportements considérés comme maladies : joueurs invétérés, vulgaires, endettés, divorcés, obèses, dépressifs, acheteurs, dépendants affectifs ou amoureux, enfants adultes d'alcooliques, narcomanes, etc. Nous assistons alors à une socialisation des étiquetages qui militent à l'encontre des potentiels de changement personnel et social. Verrons-nous bientôt la formation de groupes d'entraide pour les personnes dépendantes des chirurgies esthétiques (*surgery junkies anonymous*) fondés sur la philosophie des 12 étapes (voir contenu des 12 étapes en annexe de l'article)?

Contrairement à l'approche de réduction des méfaits où les personnes sont considérées comme aptes à exercer un certain contrôle (Suissa, 2007a), la philosophie anonyme, continue à s'opposer au concept d'un certain contrôle potentiel chez les personnes ayant développé une dépendance. En fait, l'abstinence constitue une condition indispensable au succès de l'individu dans sa démarche de réhabilitation et devient un étalon de mesure du succès ou de l'échec de l'individu, et ce, en conformité à la devise «un jour à la fois» ou «plan des 24 heures» qui permet à la personne dépendante de n'envisager que 24 heures d'abstinence. Un système de reconnaissance de la durée de la période d'abstinence est d'ailleurs établi au sein du mouvement afin d'encourager et de récompenser les personnes ayant réussi la plus longue période de sobriété. À cette comparaison des AA comme espace de réduction des méfaits, on peut dire que la similitude est bien faible. Faible, car le processus d'étiquetage exercé sur les membres des AA à l'effet qu'ils sont et seront alcooliques et impuissants à vie, s'oppose fortement à la philosophie de réduction des méfaits qui met l'accent sur les compétences et les forces cachées des personnes souffrantes qui peuvent exercer un certain contrôle sur leur substance et leur style de vie quand on les considère ainsi.

Ceci étant, plusieurs interrogations demeurent. Comment prétendre à un transfert de pouvoir et d'autonomie aux personnes souffrant de dépendance quand on les confine simultanément à une condition individuelle et permanente de perte de contrôle pour le restant de leur vie? Comment peut-on exiger un certain contrôle alors que la première étape des mouvements anonymes soutient justement le contraire, à savoir l'admission de ne pas avoir de contrôle sur sa dépendance? Où sont passées les forces et les compétences des personnes dans le processus de l'intentionnalité et du changement personnel et social?

## MOUVEMENTS D'ENTRAIDE ANONYMES AXÉS SUR LES 12 ÉTAPES : CONTEXTE ET ENJEUX PSYCHOSOCIAUX

Bien que la philosophie AA soit fortement populaire dans le continent nord-américain et dans certaines parties du monde, il ne semble pas y avoir de consensus social clair de la part des principaux acteurs où diverses écoles de pensée co-existent. Critiques de la conception de l'être humain selon la philosophie des AA, plusieurs chercheurs éminents dans le champ des dépendances ont développé une approche de nature plus globale et psychosociale Peele (2004); Peele, Bufe et Brodsky (2000); Ragge (1998); Bufe (1998); Gilliam (1998); Trimpey (1996); Ellis et Velmet (1992). Ces chercheurs questionnent les fondements sous-jacents : le concept même de pathologie/maladie, la permanence du statut (une fois dépendant/toujours dépendant), la perte de contrôle, l'abstinence à tout prix comme modalité de participation au traitement, la croyance à Dieu, etc. Le débat est donc bien vivant quand il s'agit de savoir si le mouvement d'entraide Anonyme contribue, par exemple, à réduire l'incidence globale des problèmes psychosociaux de dépendance ou s'il ne fait qu'alimenter la multiplication des comportements compris comme des pathologies/maladies.

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

En ce qui a trait à *l'abstinence*, et alors qu'elle est désirable quand on intervient auprès des personnes dépendantes, cela peut constituer un vrai obstacle quand elle est imposée comme une condition préalable au traitement. En bref, la philosophie AA axe son approche sur le contrôle des substances où l'objectif de l'abstinence doit être renforcé à tout prix par les membres autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des assemblées. Le refus d'y adhérer est généralement interprété comme un déni de la condition de malade, ce qui met en veilleuse la variabilité des personnes, leur état particulier, leurs motifs et symptômes sous-jacents au développement de la dépendance en question.

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

Quant à l'hypothèse voulant que la dépendance constitue *un processus en progression* à travers des étapes bien identifiables, la démonstration est loin d'être convaincante, et ce, pour les raisons suivantes. La plupart des personnes souffrant de dépendances ont utilisé la substance ou

l'activité de *manière réactive*, soit comme une stratégie d'équilibre devant un événement stressant de la vie (Suissa, 2007a; Valleur et Matysiak, 2005; Peele, 2004; Castellani, 2000). Ainsi compris, on peut se demander si la notion de processus progressif et inexorable ne relève pas d'une vision déterministe qui efface le potentiel des êtres humains à changer ou à adopter tel ou tel comportement.

Au plan *sociétal*, Peele (2004) soutient que la société est le principal mécanisme de production des dépendances en émergence. À ce titre, on peut penser à l'éclosion vertigineuse des casinos en Amérique du Nord et à travers le monde, à l'emprise des grandes corporations d'alcool ou de tabac, au rôle des institutions privées et publiques dans le renforcement du discours de la médicalisation et à la socialisation des mouvements anonymes d'entraide. De ce point de vue, le phénomène de la dépendance nous permet de le situer non pas comme un problème rattaché uniquement à la personne, mais bien comme un problème psychosocial (Valleur et Matysiak, 2003; Perkinson, 2003).

Un exemple de l'impact du contexte social sur les modes de consommation et l'incidence des dépendances auprès des AA est celui de la ville de Las Vegas. Dans un article récent de Bérubé (2007)<sup>1</sup> intitulé « Les AA ne manquent pas de boulot », il est démontré que le contexte de consommation, à outrance autant pour l'alcool que les jeux de hasard et d'argent, constitue des conditions gagnantes pour l'augmentation de personnes dépendantes et du taux de négligence envers les enfants. L'exposition à 342 bars ouverts jour et nuit, par exemple, représente un défi important pour tout alcoolique qui veut cesser de boire. D'ailleurs, c'est à Las Vegas qu'on retrouve le plus grand ratio au monde de réunions AA par habitant, soit 700. Cet environnement exerce des pressions sociales fortes sur les citoyens de cette ville où il est plus difficile d'être sobre, car la fête est pratiquement un rituel quotidien.

Tout en dénonçant le mouvement de médicalisation et de biologisation des comportements de dépendance qu'il qualifie de malentendu dangereux sur la nature humaine, Suissa (2007) suggère un changement radical des fonctions des institutions dont il dénonce le rôle prépondérant dans l'intériorisation et la socialisation de valeurs qui vont à l'encontre du changement social et des potentiels humains. À ce titre, on peut penser à des approches qui véhiculent l'idée que la réhabilitation scientifique des dépendances passe principalement par un changement neurochimique du cerveau. Fondé sur un protocole qui traite l'abus de substance comme une maladie du cerveau (brain-based disease) l'Institut Brookside<sup>2</sup>, par exemple, soutient que le traitement doit combiner des médicaments (Suboxone, Naltrexone), une analyse des ondes cérébrales et une thérapie comportementale

---

<sup>1</sup> Bérubé, N (2007). Les AA ne manquent pas de boulot dans la capitale du vice. *La Presse*. 21 octobre.

<sup>2</sup> [www.brooksideinstitute.com](http://www.brooksideinstitute.com)

Dans cette optique, et contrairement aux croyances populaires, la meilleure façon pour s'affranchir des dépendances ne passe pas par l'abstinence et le biais des groupes formels tels les Alcooliques Anonymes, mais plutôt par la voie de l'auto efficacité et de la confiance attribuée aux gestes posés (Prochaska, 2002). Les traitements qui placent la responsabilité à changer les comportements de dépendance à l'intérieur de soi s'avèrent les plus efficaces, car ils sont des solutions plus durables qui s'intègrent au style de vie des personnes en question (Peele 2004). D'ailleurs, et selon le propre rapport des Alcooliques Anonymes, la majorité des nouveaux membres obligés à participer quittent le programme assez rapidement, parfois à un taux de 95% durant la première année (Alcoholic Anonymous, 1990). Enfin, soulignons que plusieurs études démontrent que des milliers d'individus à travers le monde réussissent à briser le cycle de la dépendance, et ce, sans aucun traitement (Peele, 2004; Sobell, 2002a; Sobell, 2002b; Toneatto, 2000).

### **VERS DES PRATIQUES CENTRÉES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR (DPA)**

Connu pour ses contributions scientifiques dans le monde de l'intervention sociale au plan national et international, Le Bossé (2003) dirige le laboratoire de recherche sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités à l'Université Laval au Québec. Par pouvoir d'agir, Le Bossé se réfère à l'exercice d'un plus grand contrôle sur sa vie personnelle, de ses proches et de sa collectivité tout en restaurant son statut d'acteur et son rapport à l'action (Le Bossé (2007). Selon ce chercheur, aider ne veut pas dire soulager et guérir de sa souffrance, voire même dénoncer les causes sous-jacentes, aider devrait plutôt être compris comme *s'affranchir* de la souffrance.

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

Dans cette même veine, Le Bossé dénonce la conception binaire dans laquelle les intervenants sociaux sont souvent plongés. La première axée sur les carences, à savoir si la personne éprouve des difficultés c'est parce qu'elle est personnellement carencée à un ou plusieurs niveaux de sa personnalité, de son fonctionnement ou de son apprentissage. L'exemple de la conception dominante des personnes souffrant de dépendance comme relevant d'une carence physique, chimique ou intrapsychique, voire d'une maladie, en est un bel exemple.

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

choses est banni du champ explicatif. À ces deux conceptions, Le Bossé propose le DPA (développement du pouvoir d'agir) qui permet justement d'agir sur ce qui est signifiant et important pour la personne. Dit autrement, l'intervention devrait se centrer sur *la création de conditions propices* pour que les personnes puissent agir individuellement ou collectivement.

Dans un article critique sur les pratiques d'empowerment intitulé *L'empowerment: de quel pouvoir s'agit-il?*, Parazelli (2007: 9) nous rappelle que le pouvoir personnel d'action n'existe pas en soi, il dépend intimement de la disponibilité des ressources dans l'environnement et de la capacité d'agir des personnes dans l'exercice de leurs compétences et de leur pouvoir. Replaçant le concept d'empowerment dans sa version écologique première, Lemay (2007: 168) rejoint les propos de Parazelli en mettant en lumière d'autres repères. Cette chercheuse révèle que s'il y a un certain consensus théorique général sur l'importance de considérer l'individu ainsi que son contexte, elle nous rappelle que les conceptions de l'empowerment diffèrent selon le niveau d'analyse et la position que nous occupons dans le processus d'intervention à privilégier. En traçant un tableau complet sur les croyances et les principes d'action, la vision des problèmes et les avenues pour un changement personnel et social possible, Lemay réussit à pointer du doigt les repères et les nuances à considérer en termes stratégiques. Compris comme un processus variable et continu, l'empowerment selon Lemay devrait inclure les étapes suivantes:

- 1- Une conscientisation au regard de sa réalité (individuelle et collective);
- 2- une décision concernant l'action à mener et le développement des conditions requises (ressources et compétences);
- 3- des actions en vue d'une transformation (des personnes ou des systèmes sociaux);
- 4- l'évaluation des résultats;
- 5- une nouvelle conscience de soi -individu ou de groupe- (Lemay, 2007: 170).

Enfin, Lemay nous invite à réfléchir sur le discours de nature égalitaire derrière le concept de l'empowerment où les relations de pouvoir entre les divers acteurs peuvent générer plus de pouvoir pour certains acteurs que d'autres, en d'autres mots l'enjeu d'une plus grande démocratisation de l'empowerment au plan pratique.

Pourquoi parler de ces repères théoriques sur le développement du pouvoir d'agir dans cet article qui traite des dépendances et des mouvements AA? À cette question, deux éléments de réponse. La première, telle que décrite par Le Bossé, est l'hypothèse des carences directement applicable dans la conception dominante du discours médical des personnes souffrant d'alcoolisme ou d'autres dépendances. La deuxième est l'action plus collective offerte par l'idéologie et le mouvement des AA comme un espace social offrant des opportunités de briser le cycle de la souffrance personnelle par des liens sociaux de solidarité et d'écoute. Cette condition de participer à la communauté tout en se considérant malade à vie contribue, selon nous, à court-circuiter les voies de la réhabilitation sociale et des liens sociaux qui favorisent un transfert et une réappropriation de pouvoir aux individus.

*« Le membre AA se considère responsable, tant et aussi longtemps qu'il entretient ce type de liens sociaux dans son milieu AA, mais redevient malade à vie s'il est appelé, par exemple, devant les cours de justice » (citation libre de l'auteur)*

Dans la mesure où la majeure partie des problèmes de dépendance sont issus des réactions comprises comme individuelles aux problèmes sociaux structurels (pauvreté, faiblesse des liens sociaux, etc.), la prise en compte du contexte social quand on travaille avec les personnes, les familles et les réseaux aux prises avec des dépendances permet déjà de tracer des trajectoires de solutions plus durables en incluant le milieu qui donne naissance aux problèmes en question. Au plan clinique, et afin de créer des conditions propices au développement du pouvoir d'agir, l'intervenant pourrait mettre l'emphase en « gérant » le processus thérapeutique plutôt que le contenu des entretiens. Tout cela n'est possible que si l'intervenant réussit à développer un argumentaire social valide à partir d'une pratique réflexive et de fondements scientifiques pour la défense des droits et le changement social.

Quand, au nom de pratiques de prévention, un membre AA se présente auprès des jeunes dans les écoles pour témoigner de sa trajectoire, généralement très difficile, le message explicite est que la substance alcool, combinée aux faiblesses morales et psychologiques, gâche des vies entières dont la sienne. Peut-on parler de prévention quand la personne qui témoigne devant ces jeunes soutient que AA lui a sauvé la vie et que l'abstinence à vie et la recherche d'une personnalité sobre constituent les objectifs prioritaires à atteindre? L'implication dans la communauté, bien que très louable, permet dans ce cas-ci de socialiser l'image de quelqu'un qui est et sera en perte de contrôle le reste de sa vie, alors que la presque totalité des citoyens réussit à boire modérément. Quel message de prévention envoyons-nous vraiment aux jeunes? Où sont les facteurs de protection qui permettent aux gens justement d'éviter de développer les dépendances dans leur style de vie, toutes catégories confondues?

Si nous soutenons l'hypothèse que l'implication aux 12 étapes peut encourager la participation à la communauté élargie et permettre le développement d'un certain leadership et apprentissage d'habiletés, les intervenants sociaux peuvent aussi considérer d'orienter cet engagement dans des voies qui permettent la création de conditions propices au transfert et au développement du pouvoir d'agir. Peut-on mettre l'emphase sur les facteurs de protection et les compétences/forces cachées dans leur style de vie et favoriser ainsi une trajectoire axée sur des solutions durables plutôt que sur des carences? À titre d'illustration, et en s'inspirant des travaux de Peele (2004) et de Peele, Bufe et Brodsky, (2000), voici un tableau qui permet d'explicitier les grandes lignes de démarcation entre le modèle AA et celui axé sur les compétences et le DPA.

### Le modèle de la maladie des AA versus le modèle psychosocial

<b>Modèle de la maladie des AA</b>	<b>Modèle psychosocial axé sur les compétences et le DPA</b>
La dépendance est innée, biologique, une maladie des émotions, de la volonté, du cerveau	La dépendance se développe dans un contexte où les sources multiples de satisfaction/plaisir dans le style de vie sont faibles ou inexistantes
La solution est le traitement médical et l'appartenance aux groupes tels les A.A.	La solution exige une prise de conscience, des nouvelles habiletés et un changement de l'environnement
La dépendance est permanente et on peut rechuter à tout moment	La dépendance est un continuum, tu es plus ou moins sujet à la dépendance, tu peux décider de réduire, d'arrêter, etc.
Le membre AA, l'ex-dépendant est l'expert	Le meilleur modèle est la personne qui a traversé les obstacles similaires, mais qui réussit à vivre sans dépendance (facteurs de protection)
La dépendance à l'alcool ou à d'autres substances ou activités est une maladie primaire et progressive	Symptôme de difficultés personnelles et sociales, la dépendance est issue d'autres problèmes dans le style vie
Tes principaux associés devraient être d'anciens membres AA et des personnes alcooliques sobres	Développer un réseau de liens sociaux forts et durables passe par la richesse d'appartenance à une plus grande diversité sociale
Tu dois accepter la philosophie de la maladie de l'alcoolisme pour te rétablir	Le choix de te rétablir et d'améliorer ta vie n'est pas une question de croire à un dogme c'est une responsabilité personnelle et sociale
Céder à un plus grand pouvoir que soi est la clé de la réhabilitation	Développer ton propre pouvoir pour t'améliorer pourrait être combiné à un pouvoir social dans l'environnement élargi
Tu dois admettre que tu es sans pouvoir et sans contrôle	Tu as le pouvoir de considérer une variété de choix
Tu es sujet au même diagnostic et traitement que quiconque	Tu sélectionnes un plan qui est compatible avec ta condition et ton style de vie



## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Devant l'expansion grandissante des AA, on ne peut nier le fait que ce mouvement fournit plusieurs attraits auprès des personnes dépendantes: brisure de l'isolement social, écoute active, déculpabilisation, solidarité et appartenance, anonymat, etc. Alors que nous assistons à une tendance sociale où l'individualisme règne en maître au détriment des réseaux et des liens sociaux de plus en plus affaiblis, le mouvement AA représente un espace de liens sociaux plausibles et possibles. En s'appuyant sur la création de ces liens sociaux, on peut également constater que l'assignation de la personne dépendante à un rôle social de malade, explique pourquoi l'individu s'affilie socialement à des groupes composés principalement d'autres dépendants (Beaulieu, 2005; Horwitz, 1990, 2002).

Selon White (1991), ce contexte particulier fait en sorte que l'individu devient un « outsider » dans la société élargie en s'affiliant plus ou moins régulièrement à des microsociétés anonymes. Les effets généralement néfastes associés à l'étiquetage social et public de l'alcoolisme sont ainsi évités, et substitués par le règlement des douze (12) étapes et du principe de l'anonymat. Ce principe permet, à son tour, de répondre à la souffrance vécue sur une base privée et de socialiser simultanément les membres sur le plan de leurs rapports sociaux personnels et intimes.

La prolifération et la multiplication de la philosophie soulèvent également de sérieuses questions d'ordre éthique et d'efficacité. Éthique, parce qu'il n'est aucunement prouvé que la dépendance constitue une pathologie permanente. Quant à l'efficacité, il semble y avoir un lien direct entre la conception/étiquetage par le biais de la médicalisation des comportements de dépendance et le pourcentage de l'incidence qui va en augmentant, et ce, avec tous les types de dépendance. Peut-on nommer une société où le recours à ce type de philosophie et d'approche a contribué à réduire l'incidence des dépendances en question dans le temps?

Dorsman (1994), auteur du livre comment arrêter de boire sans AA (*How to quit drinking without A.A.*), dénonce certains effets néfastes du discours AA et suggère de miser sur les capacités créatrices des humains à s'en sortir par d'autres approches existantes. Dans la gestion des « maladies de l'âme », et face au discours des AA qui dicte implicitement ou explicitement aux gens comment vivre leur vie, la psychologie positive nous suggère également de nous tourner plus vers les compétences et les choix des personnes à disposer de leur potentiel (Maddux, 2002).

Faire partie des AA ne relève pas d'un accommodement raisonnable, cela implique de suivre une certaine trajectoire de vie qui véhicule des valeurs psychosociales particulières. Si ce mouvement est là pour rester, il est aussi important de réfléchir aux finalités d'une organisation qui multiplie son idéologie de plus en plus dans la gestion de comportements de dépendance compris comme des pathologies et des maladies. Questionner cette finalité ne veut pas dire s'opposer aux personnes qui ont recours à ce type de regroupement, cela veut dire simplement analyser et observer les tendances de notre société à adhérer à une certaine façon de concevoir le monde et les personnes en contexte de dépendance. Accepter l'étiquetage de malade par le membre AA quand cela est accommodant, par exemple dans les cours de justice ou dans les milieux de travail, et redevenir responsable en dehors de ces contextes, relève d'une dynamique dualiste où

l'individu peut choisir ou abdiquer ses responsabilités quand cela lui convient. Qui est responsable?

On peut dire que le discours de la maladie des AA et de la médicalisation remplace de plus en plus les normes et les alternatives fournies par le réseau social primaire : parents, famille élargie, amis, etc. Il contribue à une anesthésie du changement social : déterminisme, irréversibilité, permanence du statut alors que la dépendance est un phénomène multifactoriel. Enfin, on peut se demander si l'application du concept de maladie par la philosophie anonyme des 12 étapes ne réduit pas les obligations des individus à contrôler leurs comportements et à assumer pleinement leurs responsabilités personnelles et sociales. Combien de fois a-t-on vu une transposition de la dépendance à l'alcool à une dépendance aux réunions des A.A. où l'alcoolique ne peut plus se passer des rencontres, parfois durant de nombreuses années? Où allons-nous avec ce type de modalités dans la gestion et le traitement des comportements de dépendance? Comment rester silencieux alors que l'incidence des dépendances avec ce type de modèle va en augmentant? Pourquoi ne mettrions-nous pas l'emphase sur le fait que des milliers de personnes réussissent à briser le cycle de la dépendance ou réduisent leurs activités de dépendance, et ce, sans être étiquetées de malades à vie. Peut-on travailler avec les personnes et leurs compétences et le développement du pouvoir d'agir plutôt que les carences?

## RÉFÉRENCES

- Alcoholic Anonymous World Services (1990). *Comments on A.A's triennial surveys*. New York. A.A. World Services.
- Beaulieu, A (2005). *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bufe, C, (1998). *Alcoholic Anonymous: cult or cure*. Sharp Press.
- Castellani, B (2000). *Pathological Gambling : Tthe Making of a Medical Problem*, New York : State University of New York Press.
- Dorsman, J (1994). *How to quit drinking without AA*. Prima Publishing.
- Driberg, T (1964). *The mystery of moral re-armament: a study of Frank Buchman and his movement*. London: Secher & Warburg.
- Durkheim, E (1990). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris. Quadrige.
- Ellis, A et Velten, E (1992). *When AA doesn't work for you : rational steps to quitting alcohol*. Barricades Books.
- Gilliam, M. W (1998). *How alcoholics Anonymous failed me : my personal journey to sobriety through self-empowerment*. William and Morrow Company.
- Horwitz, A (2002). *Creating Mental Illness*, Chicago : University of Chicago Press.
- Horwitz, A (1990). *Logic of Social Control*, New York : Plenum Press.
- Le Bossé, Y (2003). De l'habilitation au pouvoir d'agir: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16, 2, 30-51.
- Le Bossé, Y (2007). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir: une alternative crédible? *Site de l'Association Nationale des Assistants de services sociaux*. <http://anas.travail-social.com/>
- Lemay, L (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment. Dans Suissa, J.A. et Collin, J (Dir.). Médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 19, 2, 165-179.
- Maddux, J.E (2002). « Le DSM et l'idéologie de la maladie », *Revue québécoise de psychologie*, Vol. 23, No 3, 25-41.
- Parazelli, M (2007). L'empowerment. De quel pouvoir s'agit-il? Dans Médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention. Sous la direction de Amnon Jacob Suissa et Johanne Collin.(Dir.) *Nouvelles Pratiques Sociales*. 19. 2. 1- 13.

- Peele, S, Bufe, C et Brodsky, A (2000). *Resisting 12-step coercion: how to fight forced participation in AA, Na or 12-step treatment*. Tucson AZ: Sharp Press.
- Peele, s (2004). *7 tools to beat addiction*. Three Rivers Press.
- Perkinson, R (2003). *Gambling addiction patient workbook*. New York. Sage Publications.
- Prochaska, J (2002). *Stages of change in addictive behaviors*. RGCO Responsible Gambling Council Ontario Discovery Conference. Niagara Falls. Ontario. Canada.
- Ragge, K (1998). *The real AA : behind the myth of 12-step recovery*. Sharp Press.
- Smith, A (1991). *Alcoholic Anonymous, A social world perspective*. Thèse de doctorat . San Diégo. University of California. San Diégo.
- Sobell, L (2002a). « Promoting Self-Change with Alcohol Abusers: A Community-Level Mail Intervention Based on Natural Recovery Studies », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 6, 936-948.
- Sobell, L (2002b). Natural Recovery in Addictions. *World Forum on drugs and dependencies*, Montréal. Canada (Septembre).
- Spector, M (1972). « La différenciation sociale, la déviation secondaire et la théorie de l'étiquetage », *Revue Canadienne de Criminologie*, 14, 4, 363-384.
- Suissa, J.A (2007). Dépendances et médicalisations : repères et enjeux psychosociaux. Dans Suissa, J.A. et Collin, J (Dir.). *Médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention*. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 19, 2, 92-110.
- Suissa, A. J (2007a). *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*, Deuxième édition mise à jour. Montréal : Fidès.
- Suissa, A. J (2005). *Le jeu compulsif : vérités et mensonges*, Montréal : Fidès.
- Toneatto. T (2000). *Untreated recovery from problem gambling*. Congrès du RGCO (Responsible gambling council Ontario). Avril.
- Trimpey, J (1996). *Rational recovery: the new cure for substance addiction*. Pocket books.
- Vallleur, M et Matysiak, J.C (2003). *Sexe, passion et jeux video: les nouvelles formes d'addiction*. Flammarion.
- White, S (1991). The disease concept of alcoholism: correlates of Alcoholic Anonymous membership. Thèse de doctorat. Université du Maine.

## **ANNEXE**

### **LES DOUZE ÉTAPES**

*1- Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool, que nous avons perdu la maîtrise de nos vies.*

*2- Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.*

*3- Nous avons décidé de confier notre volonté et nos vies aux soins de Dieu tel que le concevons.*

*4- Nous avons courageusement procédé à un inventaire moral, minutieux de nous-mêmes.*

*5- Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.*

*6- Nous avons pleinement consenti à ce que Dieu élimine tous ces défauts de caractère.*

*7- Nous lui avons humblement demandé de faire disparaître nos déficiences.*

*8- Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et consenti à leur faire amende honorable.*

*9- Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes partout où c'était possible, sauf lorsqu'en ce faisant nous pouvions leur nuire ou faire du tort à d'autres.*

*10- Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.*

*11- Nous avons cherché par la prière et la médiation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécution.*

*12- Ayant connu un réveil spirituel comme résultant de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.*

## **PRÉSENTATION DE L'AUTEUR**

**Amnon Jacob Suissa** est professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal où il enseigne des cours touchant au phénomène des dépendances comme problème social ainsi que la méthodologie de l'intervention auprès des familles. Dans une perspective constructiviste des problèmes sociaux, il s'intéresse aux déterminants sociaux des dépendances et leur impact sur les processus d'intervention. Thérapeute familial et sociologue, il est l'auteur de plusieurs articles et ouvrages scientifiques. Parmi ceux-ci, *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie* (2007); *Le jeu compulsif: vérités et mensonges* (2005) aux Éditions Fidès. Il collabore comme chercheur à plusieurs projets de recherche et anime des séminaires dans le cadre de programmes de formation au Canada et à l'international.