

Article

« Quand la communauté thérapeutique pour toxicomanes devient-elle maltraitante? »

Louise Nadeau

Santé mentale au Québec, vol. 10, n° 1, 1985, p. 65-74.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030269ar>

DOI: 10.7202/030269ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Quand la communauté thérapeutique pour toxicomanes devient-elle maltraitante?

Louise Nadeau*

Dans ce texte, l'auteure essaie de répondre à la question suivante: Quand la communauté thérapeutique pour toxicomanes devient-elle maltraitante? Pour ce faire, elle s'appuie sur son expérience d'intervenante de quatre ans à Portage. Elle explique dans un premier temps la philosophie de traitement de ce milieu et les raisons psychologiques majeures qui en font une approche efficace auprès de cette clientèle. Elle débouche ensuite sur les problèmes éthiques de cette approche directive, soit les attitudes et le pouvoir des intervenants. C'est dans cette aire de l'éthique que les limites de l'intervention se posent avec le plus d'acuité au point que si elles sont le moins dépassées, les intervenants peuvent devenir maltraitants.

La seule liberté qui mérite ce nom est celle de chercher notre bien propre à notre façon aussi longtemps que nous n'essayons pas de priver les autres du leur ou d'entraver leurs efforts pour l'obtenir.

John Stuart Mill,
La liberté, 1859.¹

De 1973 à 1977, j'ai travaillé au Programme de Portage relatif à la dépendance aux drogues. Il s'agissait d'un centre de traitement pour toxicomanes de la région de Montréal modelé sur la communauté thérapeutique Daytop à New York, soit une communauté thérapeutique d'inspiration américaine s'appuyant sur les mêmes principes que Synanon (Brook et Whitehead, 1980). Au moment où j'y étais, Portage offrait à ses clients toxicomanes² un programme de réadaptation en milieu interne. Le traitement avait pour but d'aider les toxicomanes à développer un mode de vie sans drogue, à ne plus commettre de délits et à acquérir une autonomie financière. Pour atteindre ces objectifs, les moyens mis en oeuvre étaient édictés par les principes régissant les communautés thérapeutiques, principes en vertu desquels l'équipe d'inter-

venants s'autorisait le droit de commander et le pouvoir d'imposer l'obéissance.

On exigeait une confiance aveugle de la part des résidents. Les lois cardinales — pas de drogues, pas de relations sexuelles, pas de violence physique — constituaient la base d'une règle de vie. La distribution des tâches à l'intérieur de la communauté s'opérait selon une structure hiérarchique rigide: le résident commençait au bas de l'échelle pour accéder au mérite à des tâches comportant de plus en plus de responsabilités. Le groupe de rencontre, qui sera décrit ultérieurement, devenait un outil de confrontation où quiconque pouvait être confronté à une remise en question de ses agissements, et le lieu privilégié de l'expression des sentiments de chacun. Des réprimandes verbales, plus ou moins violentes, sanctionnaient les infractions à la discipline quasi militaire qui régnait dans la communauté; le règlement exigeait que les lieux soient d'une propreté méticuleuse et interdisait les sautes d'humeur en dehors des groupes de rencontre. Il importait que les intervenants obtiennent des résidents une bonne obéissance. Lorsqu'un résident opposait une résistance psychologique au programme de traitement, on disait dans l'idiome des communautés thérapeutiques qu'il se «cachait» derrière son image ou refusait de «grandir», et on avait alors recours à des «expériences d'apprentissage»: le résident rétrogradé à la plonge ou au lavage des toilettes pouvait se voir contraint de porter autour du cou une pancarte, dont le libellé décrivait la nature de sa résis-

* L'auteure est responsable du Certificat de toxicomanies à la Faculté de l'Éducation Permanente de l'Université de Montréal.

Ce texte a bénéficié des commentaires de Line Beauchesne, de Thérèse Desjardins, de Jean-Gilles Godin, d'André Poupard et de Marc Valleur. Ce texte remanié a fait l'objet d'une communication à Bruxelles, Belgique, au 5^e anniversaire de la communauté thérapeutique pour toxicomanes «Choisis!».

tance, ou de s'habiller d'un costume qui ridiculiserait sa conduite.

Ce type de communauté thérapeutique a fait et fait encore l'objet de vives controverses, surtout de la part des professionnels français de la santé (Olievenstein, 1984; Solal, 1983; Valleur, 1984; Welger, 1980), et de certains Américains (Iverson *et al.*, 1979). Moi-même, en dépit d'une fidélité de coeur, j'entretiens une certaine ambivalence qui se révèle par ma difficulté à répondre clairement à la question que pose le titre de ce texte. Les critiques attaquent tout d'abord l'univers quasi concentrationnaire que constitue ce type d'institution. En créant un isolat, on met en place un cordon sanitaire visant à protéger les résidents contre l'influence des non-initiés considérés, dans cette conception manichéiste du monde, comme source potentielle de contamination. Séparé du contexte qui a entraîné sa chute, l'individu se voit complètement pris en charge par la communauté. Dans ce monde clos, les stratégies thérapeutiques apparaissent aux critiques trop violentes, humiliantes ou coercitives, donc portant atteinte à l'intégrité personnelle du résident. Sur le plan moral, le respect du droit des personnes est mis en cause au sens où celui-ci est défini par les chartes des droits fondamentaux. Sur le plan juridique, la capacité d'un toxicomane de faire un choix éclairé fait l'objet de vives interrogations et pose la question légale du consentement. Il est peu vraisemblable que l'on puisse, sur la seule base des symptômes psychiatriques présentés, faire la preuve de l'aliénation mentale pour une majorité de toxicomanes admis en traitement. Mais, on peut se demander si la personne admise dans une communauté thérapeutique s'est vue offrir d'autres possibilités de traitement et si elle a pu les examiner à loisir. Force nous est de reconnaître que les fortes pressions exercées en un tel milieu fermé risquent d'entraîner une altération du jugement qui entrave l'exercice d'un consentement éclairé. Sur le plan clinique, l'indication de telles interventions se voit contestée. Les critiques soulèvent les trop grandes possibilités d'abus de pouvoir par les intervenants: ceux-ci peuvent exercer une autorité despotique qui, si elle était analysée (au sens psychanalytique du terme), pourrait être interprétée comme une projection de leurs propres conflits.

C'est cette dernière objection qui retient mes préoccupations: il ne s'agit pas de la réfuter — je

crois que l'accusation d'abus de pouvoir repose sur certains faits objectifs — mais d'examiner de plus près la nature plus ou moins répressive d'une communauté thérapeutique comme celle de Portage. Avec sept ans de recul, c'est le risque d'interventions thérapeutiques abusives dans les communautés thérapeutiques modelées sur Daytop qui continue de m'inquiéter: mon interrogation porte sur la possibilité qu'une telle institution devienne maltraitante.

L'APPROCHE DIRECTIVE

Dans une communauté thérapeutique pour toxicomanes, l'intervention abusive constitue une excroissance de l'approche directive. Circonscrire les paramètres d'une modalité thérapeutique qui outrepassa le pouvoir qui lui a été confié demandera de s'interroger d'abord sur l'intervention directive. Celle-ci se conçoit comme l'action par laquelle quelqu'un s'autorise à proposer une ligne de conduite à un autre. C'est une démarche encadrée et prévisible que le sujet s'engage à observer. Dans une communauté thérapeutique, il s'agit d'amener le résident à respecter les lois cardinales, à modifier son échelle de valeurs en faveur de celles mises de l'avant par la communauté thérapeutique, et à se soumettre à la discipline dont la transgression sera passible de sanctions. Le résident devra être capable d'assumer les punitions consécutives à ses conduites, sinon il lui faudra quitter la résidence. Dans une telle modalité thérapeutique, le toxicomane est informé à l'avance qu'on veut le réintégrer dans la société en le préparant à détenir un emploi, à vivre dans la légalité, et à consommer avec modération des psychotropes licites. Clairement énoncés, ces objectifs à long terme s'accompagnent, à court terme, d'un programme d'acquisition des habiletés sociales nécessaires à leur obtention. Donc, un contrat clair, explicite et prévisible avec des exigences spécifiques de la part de l'intervenant. Dans un premier temps, tout au moins, les communautés thérapeutiques se basent donc sur l'idée qu'il n'y aurait de liberté que dans la soumission.

Selon moi, l'approche directive des communautés thérapeutiques m'apparaît appropriée au traitement des toxicomanes et pour soutenir cette idée, je propose trois niveaux d'explication à caractère psychologique.

À un premier niveau, une majorité d'individus admis en traitement pour toxicomanie semblent manifester le désir de règles de vie strictes: ils attendent qu'on leur dise quoi faire. En dépit d'une histoire de vie marginale, certains clients tiennent un discours, adoptent des conduites et surtout nourrissent des aspirations hyperconformistes. De plus, certains semblent prêts à adhérer avec une facilité déconcertante à une idéologie totalitaire, qu'elle soit théocratique, psychothérapeutique ou politique. La secte qui apparaît comme une poursuite de l'anéantissement de l'être, la recherche de l'état de sérénité suprême ou de la fusion de l'âme individuelle à l'âme collective fascine les toxicomanes par ses promesses d'un nirvâna accessible. Ils cherchent pour le meilleur ou le pire une voie à suivre. Devant le silence voulu de l'intervenant non directif qui refuse d'imprimer quelqu'orientation à l'usager de ses services, il arrive que des toxicomanes devenus abstinents trouvent une identité nouvelle, au risque d'adhérer à un mode de vie qui peut paraître tout aussi clos et assujettissant que celui de la dépendance à un psychotrope.

L'intervention directive des communautés thérapeutiques apparaît ainsi comme la première d'une série de substitutions permettant d'accélérer le passage d'une dépendance aux psychotropes à des états de sujétion porteurs de moins de risques et plus socialement acceptés. Dans la mesure où les déficits observables chez les toxicomanes consistent en cette difficulté à assumer les conséquences de leurs comportements et à se soumettre à une loi, des attentes précises élaborées à partir de certains paramètres bien définis (une loi) fournissent les limites comportementales dont plusieurs semblent avoir besoin pour modifier leurs habitudes de vie. Puis-je me permettre de proposer que pour certains toxicomanes, rencontrer un mur de résistance est nécessaire pour que s'arrête l'escalade autodestructrice?

Un second niveau d'exploration est inspiré par Freud (voir de Mijolla et Shentoub, 1973) lorsqu'évoquant les délires de jalousie des alcooliques, il décrit la manière dont ces derniers situent leurs conflits à l'extérieur d'eux-mêmes. Si je retiens cette idée générale hors du sens précis que lui confère la psychanalyse, on peut penser que la même structure mentale chez les toxicomanes les amène à attribuer à des causes extrinsèques les conséquences néfastes de leur dépendance aux produits.

S'agit-il d'une stratégie prophylactique destinée à sauvegarder l'idée infantile qui consiste à se voir comme «le géant de ses rêves» tout en redoutant n'être que «le nain de ses craintes»³? Probablement! Quoiqu'il en soit, les communautés thérapeutiques pour toxicomanes proposent un programme de modification des conduites, opérant à partir du comportement observable jusque dans le domaine des représentations mentales. Tout se passe comme si la prise de conscience résultait d'abord et avant tout d'une modification préalable de certaines habitudes: dans l'idiome des communautés thérapeutiques, on dit qu'«on change de l'extérieur à l'intérieur». Aussi, dans un premier temps, le résidant d'une communauté thérapeutique doit-il faire son lit, les repas, le ménage et en «faisant, se faire» pour reprendre l'expression de Sartre. S'il y a mégalomanie, on espère que l'assiduité aux tâches d'entretien saura harnacher la folle du logis.

Cette démarche est spécifique aux communautés thérapeutiques. C'est sans doute en raison de cette priorité accordée aux agissements que l'on a pu taxer ces institutions de «comportementalistes»⁴ (Welger, 1980). Pourtant le behaviorisme constitue une émergence de la psychologie expérimentale, tandis que les communautés thérapeutiques se situent dans la tradition des Alcooliques Anonymes (A.A.) dont les sources sont médicales et surtout religieuses (Anonymous, 1957; Blumberg, 1978). Ceci dit, à la différence des communautés thérapeutiques, la première étape chez les Alcooliques Anonymes consiste en une démarche cognitive: c'est la persuasion de celui qui se croit alcoolique d'être impuissant devant l'alcool. Pour ces deux mouvements sociothérapeutiques, la seule force capable d'opérer la transformation de la personne se trouve dans le «programme» et ce, dans un rapport paradoxal où la reprise en charge de soi se fait à travers la dépendance aux idées, aux croyances et à la doctrine spécifiques à ces groupes d'entraide. Dans les Alcooliques Anonymes, le mode de vie, le groupe et surtout l'action de Dieu sont définis comme les agents de changement (Bateson, 1971; Beckman, 1979; Tournier, 1979). Bateson a sans doute raison de dire qu'il s'agit là d'un modèle théologique. Dans les communautés thérapeutiques, c'est seulement le mode de vie — *the concept* comme disent les Américains — qui constitue l'agent extrinsèque

responsable de la reprise en charge de soi (Brook et Whitehead, 1980). Toutefois, il arrive qu'un leader charismatique s'attribue le rôle de rédempteur (bien que les communautés thérapeutiques ne soient pas les seules institutions à se doter à l'occasion d'un mode de fonctionnement théocratique). Ainsi, dans ces groupes d'entraide, la source de la toute-puissance comme celle des conflits est maintenue à l'extérieur de la personne.

En dépit d'un mode de vie à couleur religieuse ou militaire, les communautés thérapeutiques permettent l'apprentissage d'une gamme d'habiletés sociales et la constitution d'un réseau de soutien. Nous savons que les individus qui ne font pas partie d'un réseau social, qui n'ont pas de confidentes et qui ne font pas partie de la population active sont les plus susceptibles de développer des symptômes névrotiques suite à un événement éprouvant (Andrews *et al.*, 1978; Brown et Harris, 1978; Henderson *et al.*, 1980; Miller et Ingham, 1976). Même si les traumatismes de l'enfance et les conflits intrapsychiques qui en résultent constituent sans doute des facteurs de vulnérabilité dans l'étiologie de la toxicomanie, ce sont les difficultés d'insertion sociale et les problèmes dans les relations interpersonnelles qui maintiennent pour une bonne part le style de vie associé à l'usage de psychotropes illicites. On pourrait donc croire que l'acquisition d'habiletés sociales, la constitution d'un réseau de soutien et la modification du système de croyances permettraient de mieux protéger le sujet contre des carences subies antérieurement.

La prise de position selon laquelle les toxicomanes devraient tout d'abord changer leur comportement, puis modifier leurs idées et leurs croyances et comprendre les sentiments qui les habitent constitue une énonciation théorique contradictoire et irréciliable avec la pratique clinique d'orientation analytique. La lutte qui oppose les communautés thérapeutiques aux intervenants d'orientation analytique se situe-t-elle véritablement au niveau des deux paradigmes incompatibles que constituent l'apprentissage social et l'écoute analytique? Cette thérapie des communautés thérapeutiques que les professionnels de la santé décrivent comme celle du sparadrap, n'attaque-t-elle pas les intérêts corporatifs des «psy» qui en se targuant de se situer au niveau de la psychologie des profondeurs, de l'univers prépondérant du symbolique plutôt qu'à celui — plus insi-

gnifiant — des habiletés sociales et des réseaux relationnels veulent se situer au-dessus de tout soupçon d'inefficacité? Il est presque douloureux pour un professionnel de la santé mentale de lire dans une publication du Centre de recherche de l'hôpital Douglas en 1984 que les A.A. ont un taux élevé de succès chez un bon nombre de sujets, que leurs succès sont supérieurs à ceux d'un traitement médical dans beaucoup de cas, et qu'ils fournissent un soutien essentiel et améliorent grandement l'estime de soi⁵. Les analyses de l'effet substitutif des A.A. sur les alcooliques (Lasselin et Fontan, 1979) ne permettent pas en dépit de la finesse de l'argumentation et du raffinement du style de nier cet état des faits. Pour leur part, les données du Drug Abuse Reporting Program (DARP) révèlent que les communautés thérapeutiques, les programmes de méthadone et les cliniques externes obtiennent les meilleurs résultats auprès des toxicomanes. Cette étude évaluative nationale des services de soins pour toxicomanes fut menée aux États-Unis au cours des années 1969-1972 et la relance s'est poursuivie en 1975-1976 (Simpson *et al.*, 1979; Simpson et Sells, 1982). À partir de ces données, on conclut, en admettant que la conception que se fait la psychanalyse du toxicomane présente la description la plus juste de la réalité étiologique de ce phénomène, que la meilleure manière d'altérer les conduites toxicomaniaques ne suivrait pas nécessairement la procédure qui a servi à décrypter les structures et la dynamique qui les sous-tendent.

Un troisième niveau d'explication s'appuie sur les observations des Américains Hartocollis et Hartocollis (1980) qui concluent que les toxicomanes ont une personnalité borderline après qu'ils aient observé que ceux-ci fuient les rapports d'intimité avec les autres, craignant un phénomène de symbiose, puis de phagocytose. Se rappelant que l'*encounter group* — ou ce que les résidents francophones de Portage appelaient «le groupe d'hostilité» — est l'outil thérapeutique conçu par les communautés thérapeutiques américaines et privilégié par elles, on comprend alors comment une stratégie thérapeutique qui assure en alternance l'expression de la colère et de la faiblesse permet d'opérer un premier travail de prise de conscience chez une clientèle aux prises avec une problématique de fusion avec l'autre. Le groupe d'hostilité veut amener les participants à exprimer verbalement et

seulement verbalement leur colère vis-à-vis les autres. Le délai entre l'incident et le moment où chacun s'exprime, assure un contrôle des impulsions. De plus, il est nécessaire que le résidant affronte directement celui ou celle qui l'a mis en colère et manifeste verbalement son mécontentement à celui ou celle qui l'a provoqué. D'habitude, le groupe a pour objet des incidents récents, mais la colère qui est exprimée fait sourdre une rage qui est sans doute antérieure à l'incident. En permettant ainsi l'expression de la colère, le groupe donne aux participants le moyen de prendre conscience de ce qu'ils ressentent. Dans un premier temps au moins, la colère constitue la seule émotion susceptible d'éviter la fusion avec l'autre et de permettre au toxicomane de se différencier d'avec les autres, assurant ainsi la consolidation de son identité. De plus, pour ceux et celles qui ont subi des traumatismes émotifs d'une telle intensité qu'ils ont appris à se méfier de toute expression sensible et utiliseraient en corollaire, la manipulation, cette forme de confrontation est souvent le seul discours qui les atteint. J'ose croire qu'un tel type d'intervention permet d'accélérer les processus d'apprentissage car elle est une bousculante confrontation.

Pour indiquée qu'elle puisse être, cette intervention directive n'en est pas moins sans risques. Elle comporte des effets secondaires délétères. En ce sens, l'approche non directive qui ne soumet pas le client à la violence verbale est plus sécuritaire: même si elle n'est pas bénéfique (sauf quand elle maintient le client dans l'impuissance) elle risque au moins de faire moins de tort. Les approches directives sont d'un autre ordre. Profiter de ce que les toxicomanes manifestent le besoin de règles pour leur imposer un modèle qui a réponse à tout peut constituer une exploitation de la vulnérabilité psychologique de cette clientèle. De même, utiliser la confrontation sans circonspection clinique peut constituer de la violence psychologique, c'est-à-dire la cruauté mentale du code civil. De plus, on risque d'engendrer des souffrances inutiles et d'aggraver les problèmes de la clientèle.

Devrais-je admettre que les effets secondaires potentiels sont tels qu'il est intenable de soutenir une position en faveur d'une intervention directive? Force m'est de reconnaître qu'il me faudra bien baliser ma prise de position sur les plans clinique et éthique si je soutiens une telle position.

LE CONTEXTE CLINIQUE DE LA DIRECTIVITÉ

À Portage, du temps où j'y ai travaillé, l'écologie ne permettait pas aux résidants de s'isoler: la vie était collective. On dormait dans un dortoir ou une chambre commune. Les résidants devaient travailler à plusieurs et on exigeait qu'ils parlent d'eux en accomplissant les tâches qui leur étaient assignées. C'est l'adhésion à l'idéal de transparence selon lequel «tant qu'une personne n'a pas souffert à partager ses secrets, il n'y a aucune protection contre eux», tel que l'énonce la philosophie de Synanon. Pour décrire le phénomène, Mowrer (1976) utilise un terme tiré du vieil anglais: «Exomologesis». Ce terme qui signifie en grec «confession» désigne le rite expiatoire de la confession publique qui était pratiqué par les premiers chrétiens. Dans les communautés thérapeutiques, cet idéal de transparence a pour objet de faire porter par le groupe les «fautes» de chacun, entraînant ainsi un phénomène de libération individuelle par empathie ou catharsis collective.

Cette écologie d'ouverture constante sur les autres doit paradoxalement assurer aussi des moments d'intimité. Il demeure donc nécessaire que la direction des communautés thérapeutiques assure à l'intérieur de leur cadre fixe et rigide des enclaves de non-directivité, soit des moments où le résidant peut s'entretenir de son vécu seul à seul avec un intervenant compétent.

Il s'agit de moments où la subjectivité du résidant peut être explorée pour lui permettre l'élaboration de son histoire personnelle, particulièrement celle des conflits qui sont à la source de sa souffrance (Iverson et Wenger, 1979). De tels îlots psychothérapeutiques favorisent une prise de conscience qui permet de reconstituer l'histoire personnelle du résidant: la position ambiguë de l'individu dans sa famille, la modification de sa perception d'autrui, et le sens des événements critiques qui ont marqué sa vie. Je réitère que le client toxicomane devrait savoir ce qu'on attend de lui et connaître à l'avance les conséquences de sa conduite s'il ne se conforme pas à ces attentes. Cependant — et c'est une des conditions qui empêchent les communautés thérapeutiques de devenir abusives — le plan de soins doit aussi comprendre des entretiens privés

avec un thérapeute durant lesquels un résidant peut analyser les spécificités de son histoire personnelle.

C'est la comparaison avec une famille qui rend le plus adéquatement compte du fonctionnement optimal d'une communauté thérapeutique. Dans une famille, les décisions qui doivent être prises par les parents touchent tantôt le contrôle social et la gestion quotidienne de la vie quotidienne, tantôt le bien futur des enfants, c'est-à-dire l'acquisition des habiletés utiles à l'âge adulte. La part accordée aux unes et aux autres varie selon les besoins. Cependant, il semble que les familles où la discipline est insuffisante créent des conditions de vulnérabilité future aux enfants; parallèlement, les familles où la discipline est trop sévère engendrent les mêmes risques (Harris *et al.*, 1984). De plus, les écrits sur les familles maltraitantes indiquent que les parents les plus susceptibles de maltraiter leurs enfants sont ceux qui ont connu les enfances les plus perturbées. Ces parents espèrent que leurs enfants combleront leurs propres déficits émotionnels alors qu'ils sont eux-mêmes incapables de répondre aux demandes successives de leurs enfants.

Dans les communautés thérapeutiques, lorsque la discipline nécessaire au contrôle social et à la gestion quotidienne de la communauté prend chroniquement le pas sur le bien futur des résidants c'est-à-dire le développement des habiletés nécessaires à la réinsertion sociale et à l'expression de l'individualité de chacun, celles-ci risquent de devenir abusives. Si c'est le cas, les résidants n'auront jamais la possibilité d'exprimer leur différence individuelle; il leur faut alors s'exclure pour survivre ou s'atrophier pour conserver la protection qu'accorde la communauté thérapeutique. Le bilan de mes années à Portage m'amène à croire que la pierre angulaire d'une communauté thérapeutique saine est la capacité et la volonté de ses dirigeants de créer des espaces, incluant des espaces de transgression, susceptibles de favoriser une prise de conscience de la subjectivité. Si les intervenants d'une communauté thérapeutique ont besoin d'un contrôle absolu du milieu et, sous le prétexte de vouloir le «bien» du client, exercent leur pouvoir personnel à travers l'autorité qu'ils détiennent sur les résidants, il y a risque d'abus, de manière presque certaine. Ces intervenants cessent alors d'être thérapeutiques: il faut plutôt les qualifier de maltraitants.

L'ÉTHIQUE DE LA DIRECTIVITÉ

Une proposition d'intervention directive pose également des problèmes éthiques. Au nom de quelle éthique, en effet, dispose-t-on de la prérogative de dire à un adulte qu'il a tort tandis qu'on a raison uniquement en raison du rapport de force supérieur de l'intervenant sur le client? La réponse à cette question nécessite d'abord une digression.

1. La classification culturelle des psychotropes

L'usage et l'abus de psychotropes ont une telle charge émotionnelle dans la société que la classification culturelle des psychotropes a plus d'impact que leur classification pharmacologique. Réduite à sa plus simple expression, la classification pharmacologique comprend des stimulants, des déprimeurs et des perturbateurs du système nerveux central. Par classification culturelle, il faut entendre l'alcool, les médicaments prescrits et les drogues de rue.

L'alcool est dans une catégorie à part. Domestiqué par les pays méditerranéens, il détient le double statut d'aliment banal et de breuvage sacré. Face à des alcooliques, on jugera qu'ils commettent le vice de l'ivrognerie, au sens où les mouvements de tempérance définissent l'ébriété (Levine, 1978; 1980), ou on jugera qu'ils sont malades au sens où les mouvements d'anciens buveurs et la tradition médicale ont défini le syndrome alcoolique (Anonymous, 1957; Edwards et Gross, 1976; Jellinek, 1960). Cependant, bien que l'alcoolisme garde une connotation morale héritée du 19^e siècle, son traitement s'inscrit dans une perspective médicale et s'écarte de la coercition. Dans l'organisation et la gestion des soins donnés aux alcooliques prédomine l'idée que ces derniers sont malades.

Les médicaments prescrits comprennent plusieurs types de psychotropes, des stimulants et des déprimeurs. Contrairement aux autres psychotropes qui jouissent d'un statut de drogue ludique, les «pilules pour les nerfs» sont prescrites par les médecins, vendues en pharmacie, et souvent remboursées par l'État ou une assurance: leur statut thérapeutique s'appuie sur de solides assises institutionnelles. Il est intéressant de mettre en parallèle le statut des opiacés au 19^e siècle, plus précisément avant le Harrison Act de 1914, et celui des tranquillisants mineurs aujourd'hui dont les marques les plus vendues portent le nom de Valium®, Ativan®, Serax®.

Avant que les opiacés ne soient légalement déclarés drogues dangereuses, les femmes américaines en faisaient un usage considérable grâce aux ordonnances médicales ou à l'achat de sirop en vente libre. À la fin du 19^e siècle, selon des estimations faites a posteriori, la prévalence de toxicomanes abusant d'opiacés s'évaluait à huit fois celle d'aujourd'hui. De ce nombre, 60% à 75% étaient des femmes (Conrad et Schneider, 1980). De 1975 à 1977, dans la province canadienne de Saskatchewan (Harding, 1978), une femme sur deux âgée de 50 ans et plus a reçu une prescription de médicament affectant le système nerveux central. Comme les opiacés au 19^e siècle, la «pilule pour les nerfs» jouit d'une sorte de sauf-conduit malgré le fait qu'entre le tiers et la moitié des cas de surdosage admis dans les urgences canadiennes soient attribuables aux benzodiazépines (Cooperstock et Hill, 1982). En 1977, on comptait au Canada quelques 3 000 cas d'intoxication médicamenteuse dont les benzodiazépines étaient le principal agent responsable. À titre de comparaison, à la même époque, on dénombrait à peu près 150 cas d'intoxication par opiacés (Colvez, 1979). C'est dire que les médicaments prescrits qui affectent le système nerveux central donnent souvent lieu à un usage pour des fins non médicales, sinon toxicomaniaques.

Le dossier des drogues de rue, dites dangereuses est plus noir. L'examen de cette question ne peut soutenir la thèse encore actuelle de T. Szasz (1974) que les psychotropes légalement qualifiés de dangereux ont acquis ce statut parce que ce sont des substances exogènes, étrangères aux sociétés occidentales. On pense bien sûr aux opiacés, au cannabis et à la cocaïne. Je désire ici rappeler que c'est la consommation par des étrangers et non le danger pharmacologique des produits qui a suscité les législations régissant le contrôle des psychotropes, tant aux niveaux national qu'international. La principale conséquence de la prohibition des drogues de rue est celle de maintenir l'usage et *a fortiori* l'abus de ces produits à l'intérieur du paradigme moral de l'État protecteur des citoyens⁶. Ainsi, la lecture de la position des mouvements de tempérance du 19^e siècle vis-à-vis de l'alcool (Levine, 1978, 1980) permet de constater que cette façon «ancienne» de voir demeure encore actuelle lorsque le terme drogue est substitué à celui d'alcool⁷. On pourrait donc lire que:

- 1) La drogue affaiblit ou élimine le contrôle de l'usager sur ses comportements; cette substance libère ou augmente les appétits, les passions et les désirs, tout en réduisant la sensibilité morale.
- 2) La drogue entraîne l'assuétude. Le toxicomane est victime de l'action des drogues qui ont transformé ses besoins physiques de manière telle que son désir pour le produit est incontrôlable. De plus, le toxicomane risque de contracter de nombreuses maladies.
- 3) La drogue est la cause d'un grand pourcentage des problèmes sociaux, particulièrement le crime, la pauvreté et les foyers brisés. La drogue enlève à l'usager sa discipline personnelle, sa force et la raison qui lui sont nécessaires pour prospérer économiquement.
- 4) La solution, en conséquence, est que chacun abandonne la consommation de drogue. Deux stratégies sont proposées pour une société sobre: des stratégies éducatives dont la persuasion morale et des stratégies légales, particulièrement la prohibition.

On pourrait croire que le regard social porté sur les toxicomanes qui consomment des drogues fortes prend racine dans le jugement que les sociétés de tempérance portaient alors sur ce que l'on appelait le «vice de l'ivrognerie». Certes, la principale bataille de l'ère post-prohibitionniste américaine, c'est-à-dire des années 30 et 40, fut de promouvoir des attitudes morales neutres vis-à-vis les alcooliques. Tel fut également le mandat que se sont donnés les mouvements d'alcooliques abstinents. Tel fut aussi l'objectif poursuivi par les médecins alcooliques qui souhaitaient donner aux alcooliques des solutions de remplacement à l'incarcération ou à l'hospitalisation en asile d'aliénés, conditions de traitement des alcooliques avant l'émergence et la prédominance du modèle de maladie (Conrad et Schneider, 1980; Pattison *et al.*, 1977; Wiener, 1981).

On constate que la relation des sociétés occidentales aux agents psycho-actifs se compare à un jeu de chassé-croisé. Les médicaments prescrits du 19^e siècle — les opiacés — sont devenus les drogues dangereuses contemporaines: comme pour l'alcool au 19^e siècle, une majorité de nos contemporains estiment que l'héroïne et la cocaïne rendent l'homme — et que dire de la femme! — «semblable à la bête et le font souvent mourir». Ces produits

ont endossé le statut de l'alcool au 19^e siècle: perçus comme prenant possession de l'usager, ils sont dotés de la propriété de déclencher rapidement une assuétude dont les phases de détérioration sont prévisibles (Levine, 1978). La drogue dangereuse du 19^e siècle — l'alcool — a partiellement repris le statut qu'elle avait au 18^e siècle, celui de bonne créature de Dieu, tout en conservant l'ambivalence héritée du 19^e siècle (Levine, 1980).

L'héroïne est un psychotrope dangereux et le dénier constitue une position intenable du point de vue pharmacologique, même si nous savons que certains usagers d'héroïne en font une consommation contrôlée (Harding, 1984; Harding et Zinberg, 1983). Cependant, il est tout aussi impensable de séparer ses effets pharmacologiques du contexte d'utilisation et des attentes de l'usager (Marlatt *et al.*, 1973; Marlatt, 1979; Marlatt et Rohsenow, 1980; Nathan, 1982; Pattison *et al.*, 1977). Ainsi, les travaux menés par Selye, il y a 50 ans, ont amené les épidémiologistes à concevoir l'étiologie de la maladie à partir de la triade que forment l'hôte, l'agent et l'environnement (Cassel, 1976). Zinberg (1975) a repris cette idée d'une analyse tripartite pour le compte des toxicomanes en proposant la formule *set, setting, substance* qu'Olievenstein (1984) a fort heureusement reformulée en français sous les paramètres suivants: le produit, la personnalité et le moment socio-culturel. Ainsi, à la réalité pharmacologique des drogues de rue s'ajoute le contexte moral et prohibitionniste dans lequel évoluent les toxicomanes. Par conséquent, c'est en tenant compte de cette écologie spécifique aux produits illicites qu'il nous faut reprendre la question de l'intervention directive auprès des toxicomanes.

2. Le dilemme de l'approche directive

Les toxicomanes consommant des drogues illicites ou dites dangereuses sont hors-la-loi et, pour reprendre l'expression de Szasz (1974), persécutés. Tel n'est pas le cas des toxicomanes alcooliques ou de ceux qui abusent de produits obtenus par voie médicale, même si leur habitude comporte pour eux-mêmes et les autres des risques tout aussi considérables que ceux encourus par l'usage de produits illicites. En raison de cette persécution, le contexte de l'intervention directive cesse d'être neutre et la proposition d'un plan de soins par intervention directive présente un dilemme. D'une part, viser

l'intégration sociale par l'acquisition d'habiletés sociales et l'insertion dans le marché du travail constitue un objectif cliniquement et socialement défendable; d'autre part, ce projet appliqué sans discernement peut se confondre avec le traitement que le corps social réserve aux toxicomanes. Par exemple, dans les communautés thérapeutiques, c'est souvent avec une rigidité qui ne tient pas suffisamment compte de la marginalité et des limites des clients, que l'on propose une préparation au marché du travail, une vie exempte d'activités criminelles, et une consommation modérée de psychotropes licites. On exige un conformisme social qui en se substituant à l'aliénation antérieure du style de vie toxicomane, risque de conduire à un hyperconformisme tout aussi réducteur et anesthésiant. Notons que ce risque est d'autant plus important que l'intervention a lieu dans un contexte d'autorité avec des clients envoyés par les services juridiques (la question même de la coercition comme entrave ou adjuvant à une reprise en charge de soi est trop vaste pour qu'on l'aborde ici). Cependant, en dépit d'une interrogation légitime sur le bien-fondé de l'intervention directive qui se fait l'écho des messages répressifs, force nous est de reconnaître qu'un très grand nombre de nos satisfactions — n'est-ce pas «l'aimer» et le «travailler» de Freud? — proviennent du travail, de sa rémunération et d'une vie libre de toute intervention policière dans le cadre et sous la protection des lois.

CONCLUSION

L'idéologie morale dans laquelle baignent les communautés thérapeutiques s'oppose au libéralisme. On aime se croire respectueux de l'indépendance d'autrui et tolérant envers les opinions divergentes: le libre jeu des choix individuels ne doit pas être entravé. Ainsi, face au non-conformisme, c'est l'évitement et non le rejet qui se distingue comme attitude noble. La stigmatisation et, qui pis est, la persécution apparaissent ignominieuses à celui ou celle qui a fait sien le rêve de John Stuart Mill cité en exergue. Le dogmatisme dont font parfois preuve les communautés thérapeutiques joint à la fragilité psychologique des clients (et, parfois, des intervenants) peut transformer ce qui fut un projet thérapeutique en une secte. Lorsque dirigées par un leader charismatique, les communautés théra-

peutiques n'imposent que la Loi. Et, comme le Pentateuque, cette Thora en vient à préciser les conditions de rachat des personnes et à contenir le rituel des sacrifices, les cérémonials de passage, les règles relatives au pur et à l'impur, une «loi de sainteté» qui comprend des bénédictions et des malédictions. Cette règle canonique structure la vie morale, sociale et religieuse des résidents: elle mêle aux règles morales les normes culturelles, aux lois civiles et criminelles les préceptes religieux, tandis que le tout est présenté comme la charte de l'alliance avec la perspective d'une nouvelle vie riche de satisfactions (voir École biblique de Jérusalem, 1956). Mill nous enjoindrait sans doute au respect de cette différence, de ce non-conformisme qui s'exprime à travers cette théocratie. Mais, à la suite de Mill, comment ne pas inférer qu'une telle communauté thérapeutique nuit à ses membres?

Quand donc la communauté thérapeutique devient-elle maltraitante?

Les tenants des communautés thérapeutiques trouvent dans l'idée du bien physique et moral du client une justification pour user de mesures directives, de pressions morales et de punitions pour que ce dernier modifie son style de vie, ses habitudes de consommation et ses croyances et attitudes relatives à sa façon d'être. Parce que jugée antisociale, la conduite des toxicomanes constitue une raison suffisante pour que les intervenants des communautés thérapeutiques s'autorisent à imposer leurs normes à ceux et celles qui se placent sous leur protection. On veut empêcher à tout prix que le toxicomane ne nuise à lui-même et aux autres, entend-on dire.

Le passage de la directivité à l'endoctrinement apparaît arbitraire, et celui de l'endoctrinement à la violence morale plus arbitraire encore. Sans doute est-il nécessaire de faire (pour l'intervention directive comme pour les autres approches) une cartographie des balises qui devraient limiter cette intervention et une clarification des paramètres qui la sous-tendent. Soumettre le projet pour évaluation à ses pairs et répondre à leurs critiques constituent probablement le meilleur garde-fou. Comme la démocratie, cette consultation comporte des limites mais constitue le processus, si imparfait soit-il, le plus adéquat que nous connaissions. La violence domestique s'avère plus fréquente dans les famil-

les refermées sur elles-mêmes. Il pourrait en être de même pour les institutions de soins.

NOTES

1. Traduction de M. Dupont-White.
2. Par toxicomane, il faut entendre les individus dont la vie est structurée par la prise de psychotropes (Pattison *et al.*, 1977). La définition que Valleur (1984) apporte à ce terme pourrait aussi convenir: l'auteur réserve ce terme «uniquement aux personnes dont toute l'existence [est] aliénée dans la relation au produit» (p. 49). On constate presque toujours chez ces sujets les conséquences néfastes de leur dépendance dans les sphères de la vie physique, mentale ou sociale, ou les deux ou les trois à la fois (Davies, 1976), même si ces effets délétères sont indissociables du contexte prohibitionniste dans lequel s'inscrit l'usage des drogues illicites. Il est souvent possible de distinguer entre les facteurs étiologiques qui amènent les individus à surconsommer et ceux qui entretiennent la prise du produit. Cependant, au-delà d'une certaine durée dans le temps, la toxicomanie, devenue une habitude, prend une vie autonome et devient un style de vie dans un système où la cause et l'effet deviennent inextricables.
3. Cette expression est tirée de la «Philosophie» de Synanon, l'équivalent de la «prière» des Alcooliques Anonymes, qui est récitée ou lue à tous les jours dans les communautés thérapeutiques inspirées du modèle américain.
4. Notons qu'associer Skinner aux communautés thérapeutiques, c'est faire preuve d'une ignorance au sujet de l'histoire du behaviorisme comme de celle des communautés thérapeutiques. Dans la revue *Autrement*, Welger (1980) affirmait que «le comblement du manque, c'est l'économie même du programme comportementaliste en vigueur [dans la communauté thérapeutique de] Courcelles» (Welger, 1980 110). Il est juste a posteriori d'associer au «concept» des communautés thérapeutiques le paradigme du conditionnement opérant, soit l'idée selon laquelle ce sont les contingences écologiques qui produisent, façonnent et maintiennent les comportements. Mais, il ne s'agit pas de thérapie behaviorale proprement dite.
5. Sans oublier qu'Al-Anon et Alateen sont d'autres groupes d'entraide qui s'adressent à la famille et aux amis des alcooliques et qui leur offrent soutien et réconfort (Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 1984).
6. Pour un examen des considérations juridiques dans leur application à l'usage de la drogue, notamment le débat Mill, Devlin et Hart, voir la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (1973), p. 905 et suivantes.
7. Rappelons que c'est au début de la révolution industrielle que la classe possédante de la Nouvelle-Angleterre s'est mise à valoriser la tempérance. Le groupe que vise cette nouvelle morale est la classe ouvrière dont le travail, perturbé par l'intoxication éthylique, menace les droits des propriétaires. Cette situation contraste avec la société pré-industrielle du 18^e siècle. La consommation per capita d'alcool y était sans doute plus élevée que durant la majeure partie des 19^e et 20^e siècles, mais l'ébriété des hommes, des femmes et des enfants était perçue comme un état de choses fréquent et normal (Levine, 1980). Bien que les mouvements de tempérance se soient transformés en une véritable croisade populaire balayant les États-Unis, le Canada et le Québec, cette nouvelle conception que l'on se fait de l'alcool vise très spécifiquement un groupe que la classe dirigeante souhaite contrôler.

RÉFÉRENCES

- ANDREWS, G.A., TENNANT, C., 1978, Life events stress and psychiatric illness, *Psychological Medicine*, 8, 545-549.
- ANONYMOUS, 1957, *Alcoholics Anonymous Comes of Age*, Alcoholics Anonymous World Service, New York.
- BATESON, G., 1971, La cybernétique du «Soi»: une théorie de l'alcoolisme, in G. Bateson, *Vers une écologie de l'esprit, tome I*, Seuil, Paris, 225-253.
- BECKMAN, L., 1980, An attributional analysis of alcoholics anonymous, *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 7.
- BROOK, R., WHITEHEAD, P., 1980, *Drug-Free Therapeutic Community: an Evaluation*, Human Sciences Press, New York.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1978, *The Social Origins of Depression*, Tavistock, London.
- CLAVREUL, J., 1959, La parole de l'alcoolique in *La psychanalyse: essais critiques*, Presses universitaires de France, Paris.
- COLVEZ, A., 1979, *Analyse des effets nocifs des médicaments: statistiques des interventions des centres anti-poisons au Québec*, ministère des Affaires sociales, Québec.
- CONRAD, P., SCHNEIDER, J.W., 1980, *Deviance and Medicalization*, C.V. Mosky, St-Louis.
- COOPERSTOCK, R., HILL, J., 1982, *Les effets de l'usage de tranquillisants: l'usage des benzodiazépines au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- DAVIES, D.L., 1976, Definitional issues in alcoholism, in Tarter, R.E., Sugarman, A.A., eds., *Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem*, Addison-Wesley, 53-73.
- ÉCOLE BIBLIQUE DE JÉRUSALEM, 1956, *La Sainte Bible*, Les Éditions du Cerf, Paris, 3-8.
- HARDING, J., 1978, *Socio-Demographic Profile of People Prescribed Mood-Modifiers in Saskatchewan*, Alcoholism Commission of Saskatchewan, Research Division Final Report, Saskatoon.
- HARDING, W.M., ZINBERG, N.E., 1983, *Occasional opiate use*, in Mello, N.R., ed., *Advances in Substance Abuse*, vol. 3, JAL Press, Greenwich, 27-63.
- HARRIS, T.O., BROWN, G.W., BIFULCO, A., 1984, *The Impact of Loss of Parent in Childhood upon Adult Psychiatric Health: I. The Walthamstow Study*, Document de travail, Bedford College, London.
- HARTOCOLLIS, P., HARTOCOLLIS, P.S., 1981, Alcoholism borderline and narcissistic disorders: a psycho-analytic overview, in *Phenomenology and Treatment of Alcoholism*, Spectrum, New York, 93-111.
- HENDERSON, S., BYRNE, D.G., DUNCAN-JONES, P., SCOTT, R., ADCOCK, S., 1980, Social relationships, adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample, *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.
- IVERSON, D.C., WENDER, S.S., 1979, Therapeutic communities — treatment practices in view of drug dependency theory, *Drug Forum*, 7, n° 1, 81-103.
- JELLINEK, F.M., 1960, *The Disease Concept of Alcoholism*, College and University Press, New Haven.
- LASSELIN, M., FONTAN, M., 1979, Pour une étude analytique des mouvements d'alcooliques abstinents, *La revue de l'alcoolisme*, 25, n° 2, 83-91.
- LEVINE, H.G., 1980, Temperance and women in the 19th century United States, in Kalant, O.J., ed., *Alcohol and Drug Problems in Women*, Plenum Press, New York, 25-69.
- LEVINE, H.G., 1978, The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in American history, *Journal of Studies on Alcohol*, 39, n° 143-174.
- DE MIJOLLA, A., SHENTOUB, S.A., 1973, *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*, Payot, Paris.
- MARLATT, G.A., ROHSENOW, P.I., 1980, Cognitive processes in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design, in Mello, N., ed., *Advances in Substance Abuse*, JAL Press, Greenwich, 91-159.
- MARLATT, G.A., GORDON, J.R., 1980, Determinants and relapse: implications for the maintenance of behavior change, in Davidson, P.O., Davidson, S.M., eds., *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*, Brenner/Mazel, New York, 410-452.
- MARLATT, G.A., 1979, Alcohol use and problem drinking: a cognitive behavioral analysis, in Kendall, P.C., Hollon, S.D., eds., *Cognitive Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*, Academic Press, New York, 319-355.
- MARLATT, G.A., DEMMING, B., REID, J.B., 1973, Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue, *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 223-241.
- MILLER, P. MaC., INGHAM, J.G., 1976, Friends, confidants and symptoms, *Social Psychiatry*, 11, 51-58.
- MOWRER, O.H., 1976, *Therapeutic Groups and Communities in Retrospect and Prospect*, Presentation à la première conférence mondiale des communautés thérapeutiques, Norrkopings, Suède.
- NATHAN, P.E., 1982, Human behavioral research on alcoholism, with special emphasis on the decade of the 1970's, in Gomberg, E.L., White, H.R., Carpenter, J.A., eds., *Alcohol, Science and Society, Revisited*, University of Michigan, Ann Arbor, 279-295.
- OLIEVENSTEIN, O., 1984, Ni anges au départ ni démons après, *Impact: science et sociétés*, n° 133, 51-59.
- OLIEVENSTEIN, O., 1983, *Destin du toxicomane*, Fayard, Paris.
- PATTISON, E.M., SOBELL, L.C., SOBELL, M.E., 1977, *Emerging Concepts in Alcohol Dependence*, Springer, New York.
- SIMPSON, D.D., SAVAGE, L.J., LLOYD, M.R., 1979, Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972, *Archives of General Psychiatry*, 36, n° 7, 772-780.
- SIMPSON, D.D., SELLS, S.B., 1982, Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP research program, *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, n° 1, 7-29.
- SOLAL, J.F., 1984, Thérapeutique et deuil marqué du toxicomane, *Psychologie médicale*, 16, n° 5, 813-815.
- SZASZ, T.S., 1974, *Les rituels de la drogue*, Payot, Paris.
- TOURNIER, R.E., 1979, Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, n° 3, 230-239.
- VALLEUR, M., 1984, *Hédonisme, ascèse, oralité*, Document de travail, Hôpital Marmottan, Paris.
- WIENER, C.L., 1981, *The politics of Alcoholism: Building an Arena around a Social Problem*, Transaction Books, New Brunswick, N.J.
- WELGER, I., 1980, La communauté thérapeutique, *Autrement*, 28, 98-127.
- ZINBERG, N., 1975, Addiction and ego function in Shaffer, H., Burglass, M.E., eds., *Classic Contributions in the Addictions*, Brunner/Mazel, New York, 173-190.

SUMMARY

In this text, the author tries to answer the following question: When is the therapeutic community for drug addicts becoming the maltreating? To do so, she relies on her own experience as intermediate during 4 (four) years at "The Portage". She explains, in a first place, the philosophy of treatment in this environment and the major psychological reasons that make it an adequate approach for that clientele. Then she comments on the ethical problems of that directing approach, being the attitude and the power of the intermediates. It is in the ethical area that the limits of the intervention lay to the point that if they are slightly exceeded, the intermediates can become the maltreating.