



Approches de l'alcoolisme. De la morale... à la sociologie du travail

Marie-France Maranda

Volume 41, numéro 1, 1992
L'avenir des services ou services d'avenir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/706556ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/706556ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Maranda, M.-F. (1992). Approches de l'alcoolisme. De la morale... à la sociologie du travail. *Service social*, 41(1), 28–45. <https://doi.org/10.7202/706556ar>

Résumé de l'article

L'étude de l'alcoolisme et des toxicomanies est passée d'une vision morale à médicale, pour ensuite tendre vers des approches psychologiques et sociologiques, et se concentrer finalement sur une vision bio-psycho-sociologique du problème. La sociologie a contribué à décloisonner les perspectives en proposant certains facteurs d'environnement. Ainsi, l'alcool et les drogues sont devenus des indices de désintégration sociale. Le but de cet article est de présenter certaines approches utilisées jusqu'à maintenant en alcoolisme et toxicomanies, et de montrer l'importance de mieux comprendre ces phénomènes en tenant compte d'un ensemble de facteurs, notamment ceux du milieu de travail.

Marie-France Maranda, étudiante au doctorat en sciences sociales. Récipiendaire d'un prix d'excellence attribué par la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval pour le meilleur mémoire de l'année 1989-1990.

Approches de l'alcoolisme De la morale... à la sociologie du travail

Marie-France Maranda

Les visions morale, médicale, psychologique, psychosociale et sociologique ont émergé au cours de l'histoire relativement récente de l'étude de l'alcoolisme et des toxicomanies et sont vues et discutées ici selon leurs mérites et leurs limites. Puisqu'il y a un certain consensus voulant que ce phénomène social soit un problème bio-psycho-sociologique, il est donc nécessaire d'envisager les approches selon leur contribution à la compréhension du problème.

L'approche morale

Pour rendre justice à cette approche quelque peu négligée, et parfois balayée du revers de la main par certains auteurs contemporains, il faut le dire, il est nécessaire de resituer l'approche morale dans son contexte historique (Sournia, 1986). En Amérique du Nord, la première vague de forte consommation d'alcool coïncide avec le développement industriel. Une partie de la population s'est élevée contre ces mœurs jugées « scandaleuses et répréhensibles », et a encouragé les plus ardents propagandistes venant des colonies plus puritaines de la Nouvelle-Angleterre à se regrouper au sein d'associations. C'est ainsi que l'action des groupes religieux, notamment des protestants, a amené la formation de ligues de tempérance et d'abstinence. La nuance entre les deux mouvements n'est pas à négliger, puisque la tempérance fait davantage appel à des valeurs de sobriété, et l'abstinence à des mesures

éventuelles de restriction et de prohibition. Pour les méthodistes et les quakers, boire était en soi un péché, tandis que chez les protestants la tempérance était valorisée, pendant que l'Église catholique a hésité longtemps à trancher entre la valeur mystique du vin et sa condamnation.

Au Québec, peu de gens savent que l'action de l'Église catholique d'ici, plus radicale que l'Église catholique américaine, a forcé en 1917 l'adoption de la Loi Scott, soit celle de la prohibition, loi qui n'a cependant pas été respectée et qui est finalement tombée en désuétude (Villeneuve, 1983). En 1933, les premiers cercles Lacordaire sont fondés. L'engagement des membres consiste à ne prendre aucune boisson alcoolique, à ne pas en garder à la maison, à ne pas en offrir, à ne pas en acheter et à ne pas en vendre. Cette ligne de conduite, plus sévère que celle des cercles américains dont pourtant ils sont issus, sera soutenue par des arguments économiques, sociaux, familiaux et religieux. Des principes de renoncement, de sacrifice, de mortification, principes largement partagés à cette époque, sont à la base de cette vision.

Le Québec a également connu le dilemme à savoir si l'on devait pratiquer la tempérance ou l'abstinence. Suffisamment pour que la théologie morale, c'est-à-dire la science qui fournit les règles de conduite à la conscience, se prononce sur le débat et plaide en faveur de la sobriété, ainsi que l'a fait De Koninck (1951) qui reconnaît en la sobriété des valeurs de juste milieu et d'équilibre.

Peele (1987) actualise en quelque sorte l'approche morale en montrant que l'assuétude (c'est-à-dire l'habitude, la dépendance) n'est pas un phénomène inéluctable. En contredisant les théories qui présupposent l'existence d'une perte de contrôle, il soutient que les comportements compulsifs sont influencés d'une façon cruciale par les valeurs préexistants chez les personnes. Ainsi, les alcooliques « contrôlent » leurs activités de boire (dans le sens qu'ils sont conscients) en conformité avec des buts auxquels ils attachent de l'importance (bien qu'ils puissent regretter par la suite les effets de leur alcoolisme). Selon cette perspective, l'alcoolisme est le résultat d'un choix conscient, bien qu'autodestructeur à long terme, et est fondé sur un ensemble de valeurs plus ou moins explicites.

Au fil du temps, l'approche morale a été délaissée en raison de sa propension à considérer l'alcoolisme comme un vice ou un péché. À l'heure actuelle, on peut dire que l'approche morale est de retour, sans les aspects religieux cependant. Les campagnes de publicité entourant la consommation d'alcool visent la responsabilité individuelle et celle de l'entourage. Elles suggèrent un ensemble de valeurs orientées vers la modération et une meilleure

santé, tandis que la criminalisation de l'alcool au volant prévoit une sanction sévère conférant ainsi un jugement moral sur la surconsommation d'alcool hors de tout doute.

L'approche médicale

Le modèle de maladie est celui qui prédomine dans le champ d'étude de l'alcoolisme. Bon nombre de chercheurs et de cliniciens se sont entendus autour du concept élaboré par E.M. Jellinek (Jellinek, 1960). Celui-ci montre que l'alcoolisme est une maladie progressive et incurable dont seule l'abstinence totale apparaît comme condition de réadaptation. Jellinek a construit une typologie de l'alcoolisme en processus évolutifs partant de la dépendance psychologique à la dépendance physique. Ses travaux ont largement servi à ce que la société passe d'une vision morale de l'alcoolisme à une reconnaissance sociale et médicale de l'alcoolisme comme maladie, et sont à la base des définitions retenues par l'Organisation mondiale de la santé.

Les travaux sur la génétique, bien qu'ils soient toujours à l'état d'hypothèses, occupent une part importante de la recherche, et sont souvent présentés comme ayant seuls une portée scientifique. Certaines études observent des correspondances entre des sujets (des jumeaux ou frères adoptés séparément) et des taux de fréquence d'alcoolisme (Peele, 1990; Ades et Rouillon, 1981). D'autres chercheurs orientent leurs travaux de façon à découvrir des anomalies dans les fonctions du corps, comme la production anormale de morphine dans le cerveau, ou encore dans le métabolisme de l'éthanol, ou du côté d'éventuelles allergies à l'alcool. Ces recherches ont la particularité de chercher un seul élément responsable de l'alcoolisme, le but étant de pouvoir prédire l'alcoolisme avant qu'il ne survienne en identifiant des personnes pré-alcooliques à l'aide de marqueurs génétiques.

À l'opposé des recherches qui s'attardent à découvrir des causes uniques, de plus en plus de recherches incitent à considérer le problème du point de vue de sa multidimensionnalité. Cette conception a conduit certains chercheurs (Radouco-Thomas *et al.*, 1987) à définir l'alcoolisme comme un trouble résultant de l'interaction de la vulnérabilité génétique et de l'environnement. Ces chercheurs proposent ainsi le « modèle éco-pharmacogénétique », c'est-à-dire un modèle qui comprend l'alcoolisme comme un trouble intégrant trois réponses pharmacologiques : la tolérance, la dépendance physique et la dépendance psychique développée à divers degrés selon l'effet conjugué de l'alcool, de facteurs génétiques, et de facteurs du milieu. Cette école distingue, selon des

observations cliniques, deux types d'alcoolisme : primaire (caractérisé par un comportement compulsif incitant à boire sans être capable de s'arrêter) et secondaire (comportement de boire continu, quotidien qui peut s'étendre sur de nombreuses années avant que la dysfonction survienne). Le premier comportement serait lié à des déficiences génétiques, tandis que le second serait davantage influencé par l'environnement psychosocial de la personne. Le traitement proposé, du moins pour la période de désintoxication, est pharmacothérapeutique, et est complété par la suite par une approche psychosociale.

La vision de l'alcoolisme comme maladie ne fait cependant pas l'unanimité, y compris dans le corps médical. Un des membres fondateurs du Département de l'alcoologie et de la toxicologie de l'hôpital Saint-François-d'Assise de Québec, le Dr Guy Marcoux, s'appuie sur une perspective freudienne et estime que l'alcool est plutôt un moyen de défense, et l'alcoolisme un mécanisme de défense : mécanisme qui permet de ne pas tenir entièrement compte de la réalité et de ne pas s'en soucier, mécanisme qui sert à atténuer les effets contrariais de situations difficiles et qui donne l'impression d'avoir une carapace de plus en plus dure (Marcoux, 1982). Selon lui, la notion de maladie comporte un ensemble de symptômes, alors que la dépendance physique et les symptômes de sevrage résultent d'un effet « normal » de l'alcool éthylique. En outre, l'éthanol a un effet tranquilisant qui procure une sensation de bien-être en réponse à de la souffrance, de l'angoisse ou des appréhensions. Ce n'est donc pas une maladie à proprement parler.

Les travaux de Sobell et Sobell (1978) sur le « boire contrôlé » ont créé à un certain moment un émoi au sein de la communauté scientifique et des groupes thérapeutiques. Ainsi, le concept de maladie, dans le sens de l'idée « que l'on est né avec », que l'on a une prédisposition à utiliser l'alcool de façon compulsive de la naissance à la mort, suppose, selon ces auteurs, une faiblesse inhérente chez la personne, une sorte de besoin physique qui n'a pas encore été prouvé scientifiquement. Peele (1990, 1977) attire l'attention sur la confusion des définitions médicales qui font des liens directs entre la dépendance physique et psychologique. Ainsi, selon lui, il est possible d'être dépendant physiquement sans être adepte (*addicted*) et d'être adepte sans être dépendant physiquement. Il faut retenir, cependant, que si l'alcoolisme n'est pas une maladie à ses débuts, elle le devient assurément à un moment donné, et c'est probablement là qu'il faut chercher un consensus : la cirrhose du foie, l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, la psy-

chose de Korsakoff, le syndrome de Marchiafava-Bignami sont quelques-unes des issues finales de l'alcoolisme.

Quoi qu'il en soit, le concept de maladie a servi à rendre l'idée de l'alcoolisme plus acceptable pour la société, bien qu'en déclarant « malades » les alcooliques et en les déculpabilisant par le fait même, ceux-ci ont vu décroître en même temps leur responsabilité. Les limites de l'approche médicale se situent particulièrement sur ce plan. À court terme, la conceptualisation du problème en tant que maladie demeure humanitaire et dans certains cas essentielle pour sa reconnaissance sur un plan social. À plus long terme, cependant, les effets risquent de rendre les personnes plus dépendantes encore, si le traitement appliqué n'est que pharmacologique, ou s'il a comme conséquence de déresponsabiliser la personne.

Le mouvement Alcooliques anonymes (1952) est en même temps le complément de l'approche morale et médicale, bien que son action s'exerce sur le plan thérapeutique. La philosophie du mouvement est articulée autour de douze étapes, partant de l'admission de l'impuissance de la personne devant l'alcool et de sa perte de contrôle sur sa vie, à la reconnaissance d'une puissance supérieure, en l'occurrence une puissance divine ou le mouvement lui-même. La thérapie consiste à partager en groupe les témoignages des malades, à s'accorder une entraide mutuelle et à aider les autres à se joindre au mouvement, dans un anonymat complet et sans distinction de classe sociale. Fondé en 1932 aux États-Unis, dans le but de prendre la relève des sociétés de tempérance et d'abstinence, le mouvement a gagné des millions d'adeptes et constitue une aide tangible et efficace pour certaines personnes aux prises avec l'alcoolisme.

Une des principales critiques adressées à ce mouvement est cependant qu'il entretient une sorte de fatalisme à l'égard de l'alcool (l'individu est « allergique » à l'alcool, l'alcoolisme est « inné » chez lui) incompatible avec l'idée de tenir compte de facteurs relevant des conditions de vie et des conditions de travail. Cet aspect amène certains membres, dont l'équilibre est plutôt précaire, à refuser d'envisager une correction à la source des facteurs de causalité. Par ailleurs, il est souvent déploré que certains membres deviennent aussi dépendants du mouvement qu'ils le sont de l'alcool. Cette dépendance est la conséquence de l'existence d'un modèle d'identification trop unique, une sorte de moule qui ne tient pas assez compte des différences et des besoins individuels. Malgré ces réserves, la forte participation à ce mouvement incite à croire que les avantages de la fraternité l'emportent sur les inconvénients.

En résumé, l'apport médical est essentiel en ce qui concerne les transformations biologiques de l'action de l'alcool dans l'organisme, mais présente certaines lacunes, notamment en ce qui a trait à la définition du problème et à l'action thérapeutique proposée. De plus, la vision médicale « classique », si l'on peut parler ainsi, n'explique pas les origines du problème, et tient peu compte des facteurs psychologiques ou socioculturels. Ainsi, Stewart (1983), dans sa revue des écrits sur l'alcoolisme, montre que les facteurs socioculturels constituent le foyer (*breeding ground*) de l'alcoolisme, les facteurs biologiques et psychologiques interagissant de façon complexe et unique pour chaque personne. Selon ces écoles de pensée, ce ne seraient donc pas des prédispositions biologiques qui sont déterminantes dans l'apparition de l'alcoolisme. Il est nécessaire de pousser plus loin la recherche des causes, dans l'éducation ou l'environnement social par exemple.

Les approches psychologiques

Les théories de l'apprentissage social (ou du comportement) sont fondées sur le postulat du comportement appris. Elles s'inscrivent dans le courant behavioriste (Cormier, 1984; Trice, 1981) et s'articulent selon l'interaction « stimuli-effets ». Ainsi, le geste de prendre de l'alcool, utilisé comme récompense, plaisir, soulagement, est appris des aînés et constitue, pour le jeune, un symbole d'adhésion à des pratiques adultes, à l'approbation des pairs et aux interactions sociales accrues. L'alcool est un substitut qui permet à la personne de performer dans un rôle donné : les échanges, les gestes, le langage, le vocabulaire, qui constituent de ce fait le code dans lequel se reconnaissent les acteurs. Dans ce type d'approche, la réhabilitation est basée sur la théorie du comportement déviant. Il s'agira donc de réhabiliter le sujet, notamment par la discipline.

Certaines théories, telles que les hypothèses psychodynamiques, tentent quant à elles de faire un lien entre des troubles de l'enfance et l'apparition de toxicomanies. Ainsi, la privation de la chaleur maternelle ou l'absence du père seraient à l'origine d'une perception négative de l'image de soi qui se traduirait par des déficits narcissiques et des comportements autodestructeurs (Munleemann et Wieser, 1980). Valleur (1987), quant à lui, apporte un éclairage différent. Sa pratique auprès de ses patients lui a permis de constater que la toxicomanie n'est pas un équivalent à la dépression ou au suicide, mais un besoin de se mesurer et de vérifier ses limites, notamment avec une puissance supérieure, en l'occurrence Dieu ou un idéal de soi, dans une dynamique mort/renaissance/auto-engendrement. Ces comportements sont appe-

lés « ordaliques », dans le sens d'une épreuve avec la mort ou d'une recherche de risques.

La « personnalité alcoolique » définie par certains auteurs, tels Bélanger et Otis (1987), est issue de la vision caractérisée par une image de soi pauvre ou négative et éprouvant des sentiments de rejet, d'échec, de honte, d'infériorité et de culpabilité. Les manifestations cliniques sont l'immaturité, l'état dépressif, l'instabilité affective, la dépendance, la faible tolérance à la frustration, l'impulsivité, une tendance à la manipulation, les difficultés relationnelles et les attentes irréalistes. Les principales défenses de l'alcoolique sont le déni (le refus de reconnaître son état), la négation, les alibis et le mensonge, la projection, le refoulement, l'isolement, etc. La psychothérapie proposée consiste à explorer les traits de la personnalité, faire prendre conscience du lien entre les modes de consommation, la personnalité et le vécu, et renforcer l'image de soi. Cormier (1988) critique cependant le modèle de la personnalité proposé ici, comme si les alcooliques n'avaient qu'une seule personnalité.

Nadeau (1988) a développé quant à elle la thèse selon laquelle les événements extérieurs agissent sur un mode de consommation pathologique d'alcool ou de drogues. Selon l'auteure, « des agents déclencheurs », tels qu'une perte importante comme un deuil, une séparation, etc., sont décisifs dans l'évolution du processus. Les comportements alcooliques se produisent fréquemment au cours de ces périodes ou événements particulièrement critiques reliés soit à la santé, aux changements de rôle, aux interactions sociales, au travail, etc.

Les théories psychologiques apportent une contribution certaine à une plus grande précision du problème. Malgré leurs limites, elles ont l'avantage d'apporter un éclairage qui permet de mieux le comprendre. Elles ont, en outre, le mérite de considérer l'alcoolisme du point de vue étiologique. Cependant, elles renvoient la plupart du temps le problème à la personne et atténuent de ce fait les facteurs d'environnement.

Les approches sociologiques

Les explications sociologiques attribuent à un ensemble de facteurs sociaux l'évolution de l'alcoolisme et des toxicomanies. Elles sont étudiées en premier lieu à l'aide des paradigmes de la sociologie fonctionnaliste et compréhensive.

Les auteurs fonctionnalistes considèrent l'alcoolisme comme une réaction déviante à un fonctionnement normatif (Roman, 1978; Trice, 1981). La déviance est ainsi définie : toute conduite qui

s'éloigne de façon significative des normes auxquelles sont soumises les personnes détentrices de statuts sociaux. Aucune conduite n'est déviante en soi; il faut que la conduite déroge à des normes reconnues nécessaires par une collectivité pour qu'on la qualifie de déviante. La société propose des objectifs à ses membres, objectifs qui sont légitimés (sentiments, valeurs, éléments qui en valent la peine, etc.), et un équilibre est possible entre ces dimensions pour autant que les personnes puissent obtenir des satisfactions provenant à la fois de la réalisation de ces objectifs et de l'utilisation des moyens socialement acceptés pour les atteindre. La théorie de la déviance pose le postulat que la complexité de la société résulte en un fossé de plus en plus large entre les buts proposés par la société, et les moyens légitimes à la disposition des individus pour les réaliser. Les personnes qui ne sont pas en équilibre avec ce système ont tendance à adopter des comportements déviants, dont l'alcoolisme et les toxicomanies. Les facteurs de vulnérabilité relevés sont les suivants : problèmes d'identité, d'acceptation sociale (image de soi dans un groupe), d'éducation, de culture. L'occasion de consommer, le peu de visibilité sociale et le stress sont d'autres facteurs de vulnérabilité provenant de l'environnement.

Selon ces auteurs, l'alcool a une fonction adjuvante. Il aide les individus à se conformer à un certain modèle social véhiculé largement, entre autres, par la publicité : celui de la personne sûre d'elle-même, volontaire, virile, performante, qui aime la vie, etc. L'alcool pris à l'heure de l'apéritif et du cocktail est associé à des valeurs de réalisation de soi, d'efficacité, de *self-control*. Cependant, lorsque l'individu commence à ressentir les effets négatifs de l'alcool, il se voit rapidement étiqueté et rejeté. On admire celui qui « supporte bien la boisson » et on méprise celui dont la conduite est déplacée. Le paradoxe de l'alcool consiste donc à utiliser l'alcool pour certains effets, effets que cependant le buveur doit combattre. Cette dualité et le silence complice de l'entourage sont responsables en grande partie de l'ambivalence des comportements, et de l'hésitation de son entourage à intervenir.

Un autre paradoxe caractérise l'approche de l'alcoolisme et des toxicomanies : celui qui oppose les générations dans la consommation de psychotropes. Alors que la consommation de l'alcool est tolérée sans trop de réprobation de la société, la consommation de drogues suscite au contraire un appel à la sanction. Trice et Roman (1978) mentionnent que la consommation et la vente de drogues sont au deuxième rang des crimes les plus sévèrement punis aux États-Unis, après l'homicide. Les drogues sont au cœur d'un conflit moral et, en plus, d'un conflit de générations. Les aînés

qui consomment alcool, tabac, médicaments et caféine refusent aux plus jeunes le droit d'utiliser d'autres types de psychotropes pour calmer leurs angoisses. La drogue n'a pas de fonction sociale légitimée; elle est associée à une absence de volonté. Les jeunes, quant à eux, prétendent consommer de la drogue pour les mêmes raisons que les plus âgés consomment de l'alcool. Ces différences de perception entraînent des conflits de valeurs et l'absence de normes cohérentes provoque une situation anémique. Dans le cas des drogues, et contrairement à l'alcool, il n'y a pratiquement aucun soutien social : on désapprouve carrément leur usage et la plupart du temps il existe peu d'empathie pour ceux qui sont aux prises avec le problème, ce qui aggrave le sentiment de solitude que ressentent les toxicomanes. Toutes ces différences de perception ajoutent à la confusion, et il semble que les individus se heurtent quotidiennement à ce genre de contradictions.

Pour les auteurs de la sociologie compréhensive, l'alcool a une valeur symbolique comme un élément nécessaire à la socialité, celle qui permet aux individus de vivre intensément des choses désordonnées : la puissance, la violence, la fraternité. Maffesoli (1982) explique que les individus utilisent l'alcool comme un « liant nécessaire ». Ainsi, l'amplification du corps propre de la personne en celui d'un corps collectif (une communion) mène au confusionnel, c'est-à-dire au chaos originel par opposition au principe d'individuation véhiculé par l'idéologie du progrès. Dans cette perspective, l'alcool a une fonction d'agrégation, de confusion. Dans cette optique, les rituels permettent la maintenance du groupe social; l'alcool, quant à lui, initie, scelle des secrets, des accords, des contrats, etc. Clarisse (1986) montre également que le geste de prendre de l'alcool est une conduite collective qui a ses règles explicites et implicites en vue d'une communion. C'est un acte d'échange qui sert à rendre plus intimes les contacts dans le but de recréer un être moral dont nous dépendons, c'est-à-dire la société. Ainsi, la société se reconstitue comme un être, comme un tout auquel participent les individus. Le rite comporte deux aspects essentiels : la forme (c'est-à-dire la périodicité) et la matière, soit la sacralité de ce qui est consommé.

La fonction symbolique et rituelle de l'alcool transpose donc le problème sous un autre angle : celui de la fête et du plaisir. L'alcool a aussi cette fonction d'intégration sociale importante, du moins dans nos cultures. Cependant, et bon nombre de victimes sont là pour témoigner du paradoxe, l'alcool est aussi un piège.

Comme on vient de le voir, l'approche fonctionnaliste, bien qu'elle élargisse la perspective, vise elle aussi, à l'instar des approches morale, médicale ou psychologique, l'individu déviant

comme élément déterminant et évite d'envisager le contexte de l'environnement comme directement responsable. L'approche interactionniste symbolique, quant à elle, reconnaît que l'alcool agit comme une sorte de stupéfiant pour faire oublier les vicissitudes de la vie quotidienne, mais ne va pas loin dans la reconnaissance des problèmes à la source.

Roman (1984) reconnaît que depuis 40 ans, depuis en fait que Selden Bacon, en 1943, a tracé les plans d'une sociologie de l'alcool, peu d'études ont été menées sur les causes de l'alcoolisme et celles qui ont été faites l'ont été dans une perspective d'étudier les conséquences qui en découlent en tant que « problèmes ». Ces études méritent, selon Roman, les critiques suivantes : elles manquent d'objectivité parce qu'elles prennent le « buveur » comme un problème en soi; elles ne voient pas le problème dans son ensemble; et elles sont dominées par le discours médical, c'est-à-dire celui de la notion de maladie. Il ajoute que, jusqu'à maintenant, les recherches ont débouché sur des philosophies de programmes d'action et de mouvements qui ont leurs croyances, leurs besoins, leur vocabulaire, leurs a priori, leurs données, leurs politiques, leurs tactiques selon la définition donnée du problème, et prétendent avoir une orientation scientifique; mais tout cela ne résoud pas le problème pour autant.

Les méthodes de recherche ne sont pas sans avoir contribué également à ces considérations fragmentaires. Le recensement de Stewart (1983) a montré que la plupart des études sociologiques se sont inscrites dans un courant positiviste, et ont tenté de faire des liens entre certaines variables (le revenu, le sexe, les conditions sociales etc.) et l'alcoolisme. Elles n'ont pas réussi à donner des explications satisfaisantes, car elles avaient la particularité de rechercher des éléments de causalité directe. Voilà pourquoi Cormier (1988) y voit le même déterminisme qui a caractérisé les approches médicale et psychologique. Ce type d'études linéaires, d'associations statistiques, tentant de faire des liens entre des forces ou des éléments extérieurs et les personnes, présentent la même limite, soit celle de ne pas considérer l'ensemble des éléments présents dans la problématique. L'approche psychosociale va davantage dans cette direction.

L'approche psychosociale

L'approche psychosociale est définie dans le contexte de l'alcoolisme et des toxicomanies comme étant celle qui étudie l'association entre une personne, un produit et un environnement donné. C'est la concrétisation de la rencontre entre une personne

se trouvant en certaines dispositions affectives, une substance possédant certaines propriétés pharmacologiques et un contexte socioculturel donné. Cette approche tente donc de mettre ensemble plusieurs facteurs; elle est fondée sur une vision multi-dimensionnelle du phénomène. Elle est intéressante en ce qu'elle fait intervenir plusieurs facteurs simultanément et ne recherche pas un seul élément de causalité. Elle fait, en outre, un lien entre les visions morale, psychologique et sociologique.

Dans l'identification des facteurs explicatifs, le modèle de la théorie des rôles, par exemple, suggère qu'une relation causale peut être possible entre le rôle du stress et l'abus d'alcool ou de drogues (Herold, 1981). L'hypothèse énoncée ici est que l'alcool est utilisé comme un réducteur de tension. Dans cette optique, l'alcool sert à relaxer et est utilisé pour ses propriétés anxiolitiques. Le concept de stress, comme le dit Kasl (1987), comprend deux aspects : un qui pose l'existence d'un état de stress de l'organisme indépendamment de l'aspect environnemental, et l'autre qui fait intervenir la nature subjective du stress, soit la perception de l'environnement, mais non pas ses caractéristiques objectives.

La recherche sur la théorie du stress est plutôt prolifique. Il semble que les années 70 et 80 aient été témoin du mal de vivre de plus en plus de personnes, mais la tendance a souvent été de trouver les sources du mal auprès des personnes elles-mêmes, tandis que l'approche psychosociale demande que les causes et le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies soient analysés dans une perspective systémique. Selon ce contexte, la famille, les amis, le milieu de travail, etc., doivent être mis à contribution. Dans cette optique, Moreau et Desrosiers (1986) reconnaissent l'importance de tenir compte des facteurs du travail et attirent l'attention des intervenants sociaux quant aux types d'approches utilisées dans les milieux de travail, notamment en ce qui concerne les programmes d'aide aux employés (PAE). Cependant, trop souvent hélas ceux-ci ont davantage servi à dépister les employés alcooliques, à forcer leur réhabilitation ou à exiger leur démission en cas de refus : c'est « la cure ou la porte » (Cousineau, Varin et Levreault, 1985).

L'intervention syndicale dans le domaine de la relation d'aide est toute récente. La Fédération des travailleurs et travailleuses de Québec et l'organisme Centraide ont conjointement mis sur pied depuis quelques années un réseau d'entraide en milieu de travail. Les intervenants syndicaux sont des travailleurs qui, au sein de leurs tâches quotidiennes, ont un rôle d'écoute, d'orientation et de prévention. Ils sont ce qu'on appelle dans le vocabulaire de l'intervention des « aidants naturels », formés, cependant, pour faire une certaine intervention de première ligne. Les principes à la base

de cette action sont : une aide d'égal à égal, libre et volontaire, confidentielle. L'orientation se fait vers les organismes ou ressources du milieu. La prévention se fait, entre autres, par l'identification des facteurs du travail provoquant ou aggravant une situation d'alcoolisme ou de toxicomanies.

La difficulté à corriger les facteurs engendrés par le milieu, et à plus forte raison le milieu de travail, est tout de même de taille. Sur le plan de la recherche, le lien entre les conditions de travail et les phénomènes d'alcoolisme ou de toxicomanie est difficile à démontrer.

La sociologie du travail : une approche à développer

Peu de travaux ont été entrepris selon la perspective de la sociologie du travail, et certains diront que ce sont des motifs sociopolitiques qui sont responsables de cet état de fait. Envisager le travail comme responsable, du moins en partie, de l'apparition ou de l'aggravation de toxicomanies n'est pas à proprement parler une approche facile. D'autant plus qu'une telle approche amène à s'interroger sur la division du travail, ce que les sociétés industrielles ne sont pas particulièrement prêtes à remettre en question. Ainsi que le dit Alonso-Fernandez, « L'industrialisation que le monde a atteinte tout au long de ce siècle a été celle de la dés-humanisation, cristallisée dans le type de culture occidentale en vigueur à la culture de la technique et de la consommation. Il s'agit d'une culture profondément alcoolisante parce qu'elle manque de solidarité humaine et d'intégration sociale » (p. 175).

Au Québec, Renaud et Simard (1986 : 4) constatent que peu de recherches en sciences sociales ont été conduites dans le but d'étudier l'impact pathogène du travail et l'apparition de maladies liées au stress : les maladies cardio-vasculaires, l'alcoolisme, les troubles mentaux, les cancers, etc. Ils précisent : « autant la toxicologie, l'épidémiologie ou le génie ont ces dernières années considérablement fait avancer la connaissance des risques du travail, autant la sociologie, l'anthropologie ou la science politique n'ont eu qu'une contribution marginale, voire aléatoire ».

Herold et Conlon (1981) reconnaissent également le peu de recherches reliant le milieu de travail en tant que tel et les facteurs tels que la santé mentale, l'abus d'alcool ou de drogues. Selon ces auteurs, il y a peu de recherches empiriques sur le sujet et il n'existe pas de modèles (ou de méthodes) validés satisfaisants. En outre, les recherches existantes ont surtout tenté de faire des croisements de variables et donné lieu à une variété d'interprétations différentes. Des problèmes méthodologiques ont aussi été constatés : de pe-

tits échantillons, des biais, des mesures difficilement opérationnalisables, des interprétations causales douteuses, des difficultés à isoler les facteurs, etc. Selon ces auteurs, l'explication principale provient du fait qu'il n'y a pas de théorie spécifique bien définie qui permet de faire des relations entre les différentes explications. De plus, jusqu'à maintenant les sciences sociales ont échoué en tentant d'utiliser les principes scientifiques courants autant dans la formulation des modèles que dans l'utilisation de l'analyse causale. Room (1976) en est arrivé à la même conclusion et précise que les études américaines ont la volonté d'éviter une cassure théorique avec les études précédentes, ce qui a donné lieu à une série d'études en strates successives, et que celles-ci ne cherchent pas à faire de liens entre la personne alcoolique et les multiples aspects de l'environnement social et culturel.

Le groupe de recherche GIRAME (Conseil québécois de la recherche sociale, 1988), dont le mandat portait sur la caractérisation de la recherche sociale appliquée à la santé mentale et aux toxicomanies, montre qu'aux États-Unis la recherche a été axée sur le produit comme facteur primordial plutôt que sur les risques et que 75 % des 45 millions de dollars ont été distribués à des fins de recherches qui ont porté sur les aspects génétiques, biochimiques, neurologiques et médicaux.

GIRAME a compilé les recherches effectuées au Canada, et plus spécifiquement en Ontario à la « Addiction Research Foundation », et constaté que les recherches sont axées sur la prévention par des études épidémiologiques, des programmes de prévention, l'évaluation de mesures gouvernementales, l'analyse de politiques, les mesures de contrôle et la compilation de statistiques :

Rarement sont pris en compte l'influence des médias, des modes d'éducation, des situations d'apprentissage social, ainsi que l'influence des conditions de vie susceptibles de favoriser l'adoption d'un comportement problématique vis-à-vis des substances psychotropes. Ces facteurs devraient faire l'objet d'une attention scientifique concrète dans les recherches futures sur l'étiologie de la pharmacodépendance. (p. 187)

Notre recherche effectuée dans une usine de pâtes et papiers¹ montre que l'alcool et les drogues font partie d'un système défensif dont s'entourent les individus et les groupes en réaction à des contraintes engendrées par des conditions de travail pénibles et une organisation du travail taylorisée. Selon cette perspective, l'ensemble des conditions extrinsèques et intrinsèques de travail influencent la vie sociale des travailleurs et les modes de consommation d'alcool et de drogues. L'usine de pâtes et papiers à l'étude comprend 1 200 ouvriers répartis en quatre groupes : les pape-

tiers, les hommes de métier, les techniciens et les journalistes. Chacun de ces groupes possède ses caractéristiques propres, de même que ses modes de consommation d'alcool ou de drogues. La recherche a montré que certaines conditions physiques de travail sont responsables du besoin de boire – la chaleur et la présence de produits chimiques notamment – alors que l'organisation du travail est associée aux modes de consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi, lorsque l'organisation du travail permet un contexte social intense, le groupe a tendance à prolonger ce climat dans ses activités hors travail. L'alcool est alors consommé socialement en grands groupes. Par contre, lorsque l'organisation du travail est fortement parcellisée, les personnes ne se regroupent pas socialement et boivent ou consomment de la drogue sur un mode individuel. Certaines variables influencent aussi les modes de consommation d'alcool. Par exemple, les horaires se sont avérés particulièrement déterminants quant à l'organisation sociale du groupe, en ce sens que dans cette usine, le passage de l'horaire de huit heures en celui de douze heures a complètement bouleversé les habitudes du groupe. Lorsque la durée de travail était de huit heures, de jour comme de nuit, la très grande majorité des travailleurs finissaient leur quart de travail attablés autour d'une bière. Aujourd'hui, devant la quasi-impossibilité physique d'organiser ce genre de rencontres, la consommation d'alcool est passée du mode social à un mode individuel ou de petits groupes.

Ce ne sont là que quelques résultats issus de cette recherche, mais il est à prévoir que l'étude de l'alcoolisme et des toxicomanies a fort à gagner à chercher des liens du côté du milieu de travail, tout en reconnaissant bien sûr l'interaction des facteurs individuels, familiaux, sociaux, nécessaires à une meilleure compréhension de ces phénomènes. La sociologie du travail s'accorde très bien avec une perspective systémique, mais elle s'intéresse tout particulièrement au travail lui-même. Ainsi, une optique semblable à celle développée en santé et sécurité au travail, à savoir l'identification à la source des facteurs agressants du milieu de travail liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies, doit être articulée. Ces manifestations sont partie prenante du concept de la santé physique et mentale, soit de la santé tout court. Cette piste permet d'anticiper tout un travail d'analyse des milieux de travail, autant du côté des syndicats que du côté de la recherche dont il faut espérer le développement.

Conclusion

L'étude de l'alcoolisme et des toxicomanies est passée d'une vision morale à médicale, pour ensuite tendre vers des approches

psychologiques et sociologiques, et se concentrer finalement sur une vision bio-psycho-sociologique du problème. Sans parler de réconciliation entre ces écoles de pensée (au contraire, dans la pratique le discours médical domine toujours), il semble que la vision multifactorielle gagne de plus en plus du terrain. La sociologie a contribué à décloisonner les perspectives en proposant certains facteurs d'environnement (notamment les facteurs culturels et symboliques). La sociologie du travail, pour sa part, vise à étudier les conditions reliées au travail susceptibles d'entraîner une surconsommation d'alcool ou de drogues. Il s'agit donc de voir dans quelle mesure l'inter-relation des dimensions extrinsèques et intrinsèques de travail ainsi que la culture du groupe et de l'organisation ont une influence sur les modes de consommation d'alcool ou de drogues. Ainsi se profile un canevas favorable ou défavorable à l'émergence de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanies, déterminant par le fait même les conditions qui rendent un travail pathogène.

Le rapprochement travail et incidences des toxicomanies s'inscrit donc dans l'hypothèse que des facteurs extérieurs contribuent positivement à l'apparition ou à l'aggravation de situations d'alcoolisme ou de toxicomanies. Selon cette optique, la variable « travail » prend donc une position prédominante lorsque l'on considère que les gens y passent une bonne partie de leur vie. C'est une perspective qui a été peu utilisée jusqu'à maintenant, et il est permis de supposer que si cela n'a pas été fait, ou peu fait, c'est que mis à part le fait que ce type d'étude soit difficile à opérationnaliser, il existe peut-être également des motifs politiques, sociologiques, culturels, particuliers au style de vie postmoderne, qui contribuent à l'impopularité de cette approche. Une problématique tentant de relier les conditions d'existence, et plus spécifiquement les conditions de travail, risque de bouleverser un ordre établi et s'attaque à de gros intérêts. Brisson (1988) montre que l'alcool est une drogue acceptée socialement qui a une fonction d'intégration économique. C'est le symbole d'un mode de vie facilité par un système permissif à son endroit :

C'est dire que face à des problèmes découlant de conditions de vie contemporaine – stress, dépression, insomnie, troubles nerveux, mésadaptations de toutes sortes y compris certains comportements toxicomanes –, l'institution médico-thérapeutique occidentale, soutenue et pressée en cela par l'industrie pharmaceutique multinationale, préconise une intervention correctrice au niveau de la bio-chimie du cerveau plutôt que des formes d'actions, individuelles et collectives, visant la transformation des conditions d'existence souvent à la source de nos actuels « malaises ». (p. 80)

Note

1. Marie-France MARANDA, *Milieu de travail et toxicomanies : Consommation d'alcool et de drogues dans une usine de pâtes et papiers*. Laboratoire de recherches sociologiques, Département de sociologie, Université Laval, 1989, et « L'effet du travail sur les modes de consommation d'alcool et de drogue : le cas d'une usine de pâtes et papiers », *Recherches sociographiques*, Université Laval, XXXI, 1, 1991.

Références bibliographiques

- ADES, J. et F. ROUILLON (1981). « Aspects génétiques des conduites alcooliques », *Journal de génétique humaine*, vol. 29, n° 5 : 583-592.
- ALCOOLIKES ANONYMES (1952). *Les douze étapes et les douze traditions*. Montréal : Le Service des publications françaises des A.A. du Québec.
- ALONSO-FERNANDEZ, Francisco (1987). *La dépendance alcoolique*. Paris : Presses universitaires de France, p. 175.
- BÉLANGER, Hélène et Gilles OTIS (1987). « Approche pratique de l'alcoolique I et II », *Le médecin du Québec*, vol. 22, n° 5 : 59-69.
- BRISSON, Pierre (1988). « Aspects sociologiques contemporains liés à l'usage et à l'abus des psychotropes », dans *L'usage des drogues et la toxicomanie* (sous la direction de Pierre Brisson), Gaëtan Morin éd.
- CLARISSE, René (1986). « L'apéritif : un rituel social », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXX. Paris : PUF.
- CORMIER, Dollard (1988). « Une perception de la toxicomanie comme problème multivarié », dans *L'usage des drogues et la toxicomanie* (sous la direction de Pierre Brisson), Gaëtan Morin éd.
- CORMIER, Dollard (1984). *Toxicomanies : styles de vie*. Gaëtan Morin éd.
- COUSINEAU, M., P. VARIN et R. LEVREULT, « Les programmes d'aide aux employés », *Santé mentale au Québec*, 1985, vol. X, n° 2.
- DE KONINCK, Charles (1951). *Quelques précisions de doctrine sur la sobriété*, Québec : PUL.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1988). Conseil québécois de la recherche sociale, GIRAME, *La recherche en santé mentale et toxicomanie : Spécificité de l'approche sociale et perspective de développement*. Projet spécial de recherche.
- HEROLD, David M. et E.J. CONLON (1981). « Work Factors as Potential Causal Agents of Alcohol Abuse », *Journal of Drug Issues*, vol. 11, n° 3 : 337-356.
- JELLINEK, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven : Hillhouse Press.
- KASL, Stan V. (1987). « Methodologies in Stress and Health : Past Difficulties, Present Dilemmas, Future Directions », *Stress Health : Issues in Research Methodology*, S.V. Kasl & C.L. Cooper (eds.), John Wiley & Sons Ltd.

- MAFFESOLI, Michel (1982). *L'ombre de Dionysos*. Paris : Méridiens Anthropos.
- MARCOUX, Guy (1982). « L'alcoolisme n'est pas une maladie », *La vie médicale au Canada français*, vol. 11, n° 9 : 431-435.
- MARCOUX, Guy (1982). *L'alcoolique toxicomane, un être humain comme tout le monde*. Paris : Les cahiers du Comité national de défense contre l'alcoolisme.
- MOREAU, Maurice et Michelle DESROSIERS (1986). « Le partenaire invisible : les conditions de travail dans l'évaluation et l'intervention sociales », *Service social*, vol. 35, n° 3.
- MÜNLEMANN, R. et M. WIESER (1980). *Alcoolisme dans l'entreprise, prévention et traitement*. Rapports de la conférence suisse « L'alcoolisme dans l'entreprise », Commission fédérale contre l'alcoolisme, Berne et Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, Lausanne, Bâle.
- NADEAU, Louise (1988). « L'impact des événements et des difficultés sur l'alcoolisation pathologique et l'admission en traitement des femmes qui présentent des problèmes liés à l'alcool », thèse de doctorat, Département de psychologie, UQAM.
- PEELE, Stanton (1990). « Second Thoughts about a Gene for Alcoholism », *The Atlantic Monthly*.
- PEELE, Stanton (1987). « A Moral Vision of Addiction : How People's Values Determine Whether They Become and Remain Addicts », *The Journal of Drug Issues*, vol. 17, n° 2 : 187-215.
- PEELE, Stanton (1981). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal : Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
- PEELE, Stanton (1977). « The Experience of Addiction », *Addictions*, vol. 24, n° 2.
- PEELE, S. et A. BRODSKY (1976). « Addiction is a social disease », *Addictions*, vol 23, n° 4.
- RADOUCO-THOMAS, S., F. GARCIN, P.A. MARQUIS, F. CHABOT, J.C. FOREST et C. RADOUCO-THOMAS (1987). « Biologie de l'alcoolisme : aspects nosologiques, thérapeutiques et étiopathogéniques, dans *Manuel de psychiatrie biologique*. J. Mendlewicz, Masson.
- RENAUD, Marc et Marcel SIMARD (1986). « Travail, santé, prévention : la place de la sociologie », *Sociologie et sociétés*, vol. XVIII, n° 2 : 4-9.
- ROMAN, Paul M. (1984). « The Orientations of Sociology Toward Alcohol and Society, *Journal of Drug Issues*, vol. 14, n° 1 : 1-6.
- ROMAN, Paul M. (1981). « Job Characteristics and the Identification of Deviant Drinking », *Journal of Drug Issues*, vol. 11, n° 3 : 357-364.
- ROOM, Rodin (1976). « Ambivalence as Sociological Explanation », *American Sociological Review*, vol. 41, n° 6.
- SOBELL, Mark B. et Linda C. SOBELL (1978). *Behavioral Treatment of Alcohol Problems*. New York : Plenum Press.
- SOURNIA, Jean-Charles (1986). *Histoire de l'alcoolisme*. Paris : Flammarion.
- STEWART, E. Cooper (1983). « Survey of Studies on Alcoholism », *The International Journal of Addiction*, vol. 18, n° 7 : 971-985.

- TRICE, Harrison M. (1981). « 'Alcoholism in America' revisited », *Journal of Drug Issues*, vol. 14, n° 1 : 109-123.
- TRICE, Harrison M. et Paul M. ROMAN (1978). *Spirits and Demons at Work : Alcohol and Other Drugs on the Job*. (2^e éd.). New York : State School of Industrial and Labor Relations, Cornell University.
- VALLEUR, Marc (1987). « Les conduites ordaliques chez les toxicomanes », Gouvernement du Québec, Colloque Les jeunes, l'alcool et les drogues, Montréal, juin 1987.
- VILLENEUVE, Ubald, o.m.i. (1983). *Histoire des cercles Lacordaire et des maisons Domrémy*.