

L'alcoolisation à risque chez les femmes au travail : réflexions et propositions pour une intervention féministe

Anne Quéniart and Pauline Morissette

Volume 3, Number 2, Fall 1990

Pratiques féministes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301094ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301094ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Quéniart, A. & Morissette, P. (1990). L'alcoolisation à risque chez les femmes au travail : réflexions et propositions pour une intervention féministe. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(2), 129–140. <https://doi.org/10.7202/301094ar>

Article abstract

Cet article porte sur un problème social peu connu mais très présent, soit l'abus d'alcool chez les femmes au travail. Les auteures font d'abord un historique des modes d'intervention offerts en matière d'alcoolisme dans les entreprises. Elles montrent ensuite que ces interventions sont conçues plus en fonction des hommes que des femmes, lesquelles ont un rapport à l'alcool et à l'alcoolisme très spécifique. Enfin elles proposent, à partir des résultats d'une recherche qualitative menée par l'une d'elles, quelques pistes pour une intervention féministe (partage du vécu, prise de conscience des aspects sociaux des comportements liés à l'abus d'alcool, etc.).



L'alcoolisation à risque chez les femmes au travail: réflexions et propositions pour une intervention féministe

Anne QUÉNIART
et Pauline MORISSETTE
Université du Québec à Montréal

Cet article porte sur un problème social peu connu mais très présent, soit l'abus d'alcool chez les femmes au travail. Les auteures font d'abord un historique des modes d'intervention offerts en matière d'alcoolisme dans les entreprises. Elles montrent ensuite que ces interventions sont conçues plus en fonction des hommes que des femmes, lesquelles ont un rapport à l'alcool et à l'alcoolisme très spécifique. Enfin elles proposent, à partir des résultats d'une recherche qualitative menée par l'une d'elles, quelques pistes pour une intervention féministe (partage du vécu, prise de conscience des aspects sociaux des comportements liés à l'abus d'alcool, etc.).

S'il est un problème social peu et mal connu, et qui pourtant prend de l'ampleur, c'est bien celui de l'abus d'alcool chez les femmes au travail. On estime qu'au Québec 67 000 salariées, soit environ 7 % de la main-d'œuvre féminine, constituent des «buveuses à problèmes» (Morissette, 1986). La consommation excessive d'alcool est même «[...] le problème numéro 1 d'abus dans l'entreprise canadienne» (Santé et Bien-être Canada, 1988: 7)¹. Sur le plan sociologique, l'on connaît relativement bien les femmes alcooliques en traitement et les consommatrices d'alcool en général (Nadeau, 1988). En revanche, on ne dispose encore d'aucune analyse sur celles qui sont en «danger» d'alcool, c'est-à-dire celles dont le mode de consommation se situe entre le boire social (festif) et l'alcoolisme (boire pathologique). Pourtant, cette population est une cible privilégiée pour l'intervention et, notamment, comme nous allons le montrer dans cet article, pour l'intervention féministe. Plus précisément, dans un premier temps, nous nous proposons de faire un bref historique des modes d'intervention offerts en matière d'alcoolisme dans les organisations. Dans un second temps, nous montrerons pourquoi les programmes actuellement offerts ne peuvent rejoindre les femmes. Cette analyse nous amènera, dans un dernier temps, à proposer quelques pistes pour une intervention féministe. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur les résultats d'une recherche qualitative² menée à Montréal auprès de 25 travailleuses en danger d'alcool, c'est-à-dire ayant une alcoolisation à risque³. Les pistes d'intervention proposées ici sont donc basées sur l'expérience même de ces femmes et de l'analyse que nous en avons faite et c'est d'ailleurs ce qui fonde l'originalité et la pertinence de notre approche.

-
1. Les buveurs à problèmes peuvent même constituer jusqu'à 15 % de la main-d'œuvre d'une entreprise.
 2. Pour les résultats complets de cette recherche, voir Pauline MORISSETTE (1990). Les femmes interrogées possèdent les caractéristiques sociologiques suivantes: elles sont francophones, ont entre 25 et 60 ans et travaillent à temps plein dans des milieux à prédominance féminine (secteurs hospitalier, de l'éducation, des services). En ce qui a trait à la méthodologie, nous nous situons dans la tradition de la recherche qualitative nord-américaine. Nous nous référons plus spécifiquement à la *Grounded Theory* (GLASER et STRAUSS, 1967; LAPERRIÈRE, 1982; QUÉNIART, 1987).
 3. Nous avons procédé à une double mesure du risque pour sélectionner nos répondantes: l'une de type subjectif, l'autre objective. La première consistait à demander aux femmes si elles estimaient 1) boire plus que la moyenne et 2) avoir augmenté leur consommation d'alcool au cours des trois dernières années. Pour la seconde mesure du risque, nous avons eu recours au SMAST (*Short Michigan Alcoholism Scoring Test*), un instrument permettant de distinguer les personnes ayant un boire «cas limite» des alcooliques et des consommatrices bien adaptées. Toutes nos répondantes avaient un score de 2, 3, 4 ou 5 sur 10. Aucune des femmes ne devaient être ou avoir été traitées pour alcoolisme ni avoir recherché de l'aide.

BREF HISTORIQUE ET PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION LIÉS À L'ABUS D'ALCOOL EN MILIEU DE TRAVAIL

Le mode d'intervention traditionnel

C'est dans les années 40 qu'apparaissent les premiers programmes d'alcoolisme dans l'industrie. À cette époque, les recherches montrent que la majorité des alcooliques ont un emploi, détruisant ainsi le mythe du clochard ivre (Jellinek, 1960; Fillmore, 1984). Les données disponibles font également état des coûts occasionnés par la présence d'alcooliques en milieu de travail: ceux-ci ont un taux d'absentéisme trois fois plus élevé que les non-alcooliques et ils ont deux à quatre fois plus d'accidents de travail (List, 1986; Masi, 1984). On comprend donc l'intérêt des employeurs à favoriser l'implantation de programmes d'aide en matière d'alcoolisme dans les entreprises.

Entre les années 40 et 60, la plupart de ces programmes optent pour une méthode de dépistage fondée sur l'idée qu'un alcoolique peut être identifié par observation (Von Weigand, 1976). Le repérage des alcooliques est fait par les responsables (cadres) à partir des symptômes visibles de l'alcoolisme: tremblement des mains, haleine alcoolique, yeux rouges, etc.

Les programmes d'aide aux employés: un nouveau mode d'intervention

Dans les années 70, les recherches épidémiologiques démontrent que le boire excessif est présent dans toutes les classes sociales, c'est-à-dire que tout le monde est susceptible de devenir alcoolique; elles donnent également au monde du travail la preuve que l'alcoolisme n'est pas propre aux cols bleus mais qu'il touche l'ensemble des travailleurs, quelle que soit leur catégorie d'emploi. Les programmes liés à l'alcool, appelés dorénavant Programme d'aide aux employés (PAE), prennent un essor important au cours des années 70. Ces nouveaux programmes mettent l'accent sur le boire «déviant» et sur le dépistage précoce des buveurs, le rationnel étant que le rendement est affecté dès les premières phases du développement de l'abus d'alcool – donc bien avant que le travailleur ne devienne alcoolique (Von Weigand, 1976). Ils visent toujours la réduction des coûts occasionnés par la consommation excessive d'alcool, en matière d'absentéisme et d'accidents de travail. Toutefois, ils considèrent davantage l'individu lui-même que ne le faisaient les programmes d'alcoolisme traditionnels. L'assistance offerte par l'employeur remplace en quelque sorte les mesures disciplinaires qui auparavant étaient enclenchées compte tenu du problème

de rendement de l'employé. La stratégie de la confrontation constructive, basée sur la diminution du rendement ne résultant pas des conditions de travail, devient le nouveau mode d'identification des buveurs excessifs. Elle consiste à présenter à l'employé un dossier objectif de sa performance jugée inadéquate et à l'inviter à trouver le moyen de remédier à cette situation dans un délai précis. Son but est donc de motiver les travailleurs à améliorer leur performance au travail en cherchant de l'aide. Quant au diagnostic, il doit maintenant être posé par des professionnels de la santé – et non plus par les employeurs⁴. On s'entend en effet pour voir dans l'alcoolisme, dernier stade du continuum de boire, une maladie nécessitant une intervention médicale (Reichman, Young et Gracin, 1988).

Des programmes d'aide aux programmes de promotion de la santé

Aujourd'hui, et cela depuis les années 80, l'intérêt des employeurs n'est plus seulement axé sur le boire problématique, mais bien sur les divers problèmes et comportements susceptibles d'affecter la santé – et le rendement – des employés et employées. Plusieurs entreprises et organismes aux États-Unis et quelques-uns au Québec ont implanté le modèle PPS-PAE (Programme de promotion de la santé et Programme d'aide aux employés)⁵. Il s'agit de programmes à caractère à la fois proactif (ceux de promotion de la santé) et réactif (ceux d'aide aux employés). Les premiers représentent une stratégie de prévention primaire; ils concernent les risques liés à la santé, qu'on sait coûteux pour les employés et les employeurs. Les seconds constituent des programmes de prévention secondaire; ils sont menés dans les entreprises mêmes par des professionnels de la santé⁶ qui interviennent à partir des symptômes ayant déjà émergé. Ces programmes préventifs ont pour objectif d'agir sur les problèmes personnels d'ordre comportemental avant qu'ils n'affectent le rendement au travail de l'employé ou ne nécessitent un traitement dans un service spécialisé. Les programmes combinés PPS-PAE constituent donc une stratégie ayant un double but: la prévention du problème et l'autodépistage.

4. Néanmoins, l'identification des cas demeure toujours la responsabilité des supérieurs. Les employés sont référés aux professionnels en poste dans les entreprises.

5. La combinaison d'un PAE et d'un PPS est en voie de développement et l'application du modèle est relativement récente (moins de cinq ans). Par conséquent, l'efficacité de ces programmes quant à l'identification d'un boire problématique n'est pas encore reconnue.

6. Travailleurs sociaux, psychologues, infirmières communautaires, etc.

En ce qui a trait au mode de dépistage, l'identification des «cas» par les supérieurs n'est plus aujourd'hui qu'un mode de référence parmi d'autres; on retrouve aussi l'autoréférence⁷ et la référence par la famille ou par les pairs (représentants syndicaux et collègues). De plus, actuellement on ne s'intéresse plus seulement aux individus dont le rendement est affecté, mais bien à l'ensemble des travailleurs.

LES PROGRAMMES D'AIDE EN MILIEU DE TRAVAIL: UN MODE D'INTERVENTION CONÇU PAR ET POUR DES HOMMES

Par ce bref historique, on constate que les programmes d'aide en matière d'alcoolisme offrent une aide, certes, mais au masculin seulement. Plus généralement, toute la littérature sur l'alcoolisme en milieu de travail ne parle d'identification que chez l'employé masculin: on néglige totalement d'aborder la question sous l'angle féminin (Morissette, 1986). Pourtant, on sait que de plus en plus de femmes sont sur le marché du travail et qu'elles constituent une population à risque en matière de quantité et de fréquence de leur boire. Elles devraient donc, comme les hommes, être référées aux PAE sur la base de leur rendement au travail. Or les recherches en ce domaine montrent que très peu de femmes le sont effectivement (Reichman, 1983; Solomon, 1983; Gomberg, 1979). Cette constatation peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, de façon générale, il existe, dans le monde du travail, une véritable myopie en ce qui a trait au boire excessif des femmes (Beyer et Trice, 1981). On constate ainsi que les supérieurs masculins ont tendance à surprotéger leurs subordonnées et à se sentir responsables de ce qui leur arrive (Kanter, 1977); de plus, ils sont hésitants à «confronter» les femmes de peur des réactions émotionnelles qui, croient-ils, résulteraient de la confrontation constructive (Comeil, 1978); enfin, ils ne sont pas préparés à l'identification de «cas» d'abus d'alcool féminins. Mais surtout, ce qui explique l'absence des femmes dans les PAE, ce sont les moyens utilisés par ceux-ci, à savoir la référence par le supérieur, l'autoréférence et la confrontation constructive, moyens inadéquats pour rejoindre une population féminine à risque.

Les obstacles au processus d'identification des travailleuses ayant une alcoolisation à risque

Le premier obstacle à l'identification des consommatrices à risque par le supérieur vient d'abord du fait qu'elles ont une «double vie», si nous

7. L'autoréférence serait même devenue le mode dominant d'identification selon ROMAN et BLUM (1988).

pouvons nous exprimer ainsi: elles s'alcoolisent le soir, les fins de semaine, rarement le midi. Ce modèle de consommation réduit donc leur visibilité sur les lieux de travail, car aucune des manifestations comportementales reliées à l'alcoolisation n'y est apparente⁸. Or, comme on l'a dit, c'est par le biais d'indices tels que l'haleine alcoolique ou le tremblement des mains que les supérieurs immédiats deviennent conscients du boire problématique d'un employé.

De plus, il ressort de nos analyses que les consommatrices d'alcool à risque ne s'absentent pas de leur travail. Or, là encore, l'absentéisme est un facteur parmi d'autres de dépistage d'un boire problématique chez les femmes (Reichman, 1983)⁹.

Par ailleurs, nous avons vu que l'évaluation de la performance au travail constitue le principal mode de repérage des employés ayant un problème d'alcool. Ainsi, à partir du moment où la performance d'un employé est atteinte, il est confronté par son supérieur et encouragé à rechercher une aide professionnelle. Toutes les femmes de notre étude, pour leur part, visent et ont une excellente performance. De plus, elles évitent que leur consommation d'alcool ait des conséquences sur leur travail. Il faut donc reconnaître également la limite de ce moyen. Si l'on tient compte du fait que chez les femmes c'est seulement à un stade très avancé qu'apparaissent les problèmes évidents de performance au travail, nous irions jusqu'à dire que trop attendre de cette stratégie risque de leur nuire. En effet, même si les femmes consomment moins, les effets de l'alcool sur leur santé sont plus rapides que chez les hommes (Saunders et Williams, 1983); en outre, l'on sait que l'alcoolisme féminin se développe plus rapidement que l'alcoolisme masculin (Blume, 1986).

Les obstacles à l'autoréférence

Quant à l'autoréférence, elle dépend de l'évaluation coûts-avantages que font les personnes ayant un problème d'abus d'alcool. C'est bien sûr lorsque

8. Les données montrent aussi que celles se présentant au travail avec des séquelles de la veille se protègent en justifiant les apparences par des problèmes acceptables dans leurs milieux de travail, comme par exemple l'insomnie.

9. Cette invisibilité des femmes au travail peut s'expliquer par des différences dans ce qu'on peut appeler «la norme alcoolique» des milieux de travail des hommes et des femmes. Il existe en effet certaines variations dans la pression du groupe, dans la nature de la tâche et dans l'image que la société se fait de la «professionnelle» de certains milieux qui tendent à inhiber presque complètement toute manifestation d'alcoolisation entourant le cadre du travail. Ce serait le cas pour des professions particulièrement féminisées comme l'enseignement et les soins infirmiers. À l'inverse, l'on sait que dans certains métiers «masculins», l'alcool fait partie intégrante du travail ou peut être consommé de façon routinière à l'heure du lunch.

les «coûts», notamment d'ordre socioaffectif, reliés à l'alcoolisation sont plus élevés que les avantages retirés que l'on pense à entrer en traitement. En nous basant sur les résultats de notre recherche, force nous est de constater que les consommatrices à risque n'ont pas de raisons de s'autoréférer à un programme d'aide aux employés. En effet, il ressort de toutes les entrevues qu'elles n'ont ni problèmes de santé ni problèmes au travail. Elles se disent seulement inquiètes d'avoir augmenté leur consommation d'alcool, comme on le verra plus loin.

Par ailleurs, demander de l'aide, c'est reconnaître sa marginalité, voire son comportement déviant, devant les autres. En effet, aller rencontrer un professionnel c'est sortir avec un diagnostic d'alcooliques ou de consommatrices à risque; de surcroît, c'est accepter de (se) révéler que l'on ne correspond pas au modèle idéalisé de la femme qui a réussi sa vie, qui fait face avec succès à toutes les situations, etc. Les clichés veulent en effet que celles qui surconsomment des psychotropes ou de l'alcool soient des femmes qui n'ont pu faire face à la réalité. Enfin, on peut dire que la phase d'une consommation à risque correspond à une étape où la priorité est justement de préserver son image vis-à-vis des autres ainsi que son estime de soi.

Il existe donc, chez les travailleuses, des attitudes et des comportements spécifiques qui les rendent difficilement repérables au stade d'une consommation d'alcool à risque avec les moyens actuellement utilisés. On ne peut compter le faire ni par le biais des supérieurs (les agents référents les plus importants des PAE mis à part les services de santé) ni par celui d'indices qui se sont avérés efficaces pour dépister l'abus d'alcool chez les hommes.

PISTES POUR UNE INTERVENTION FÉMINISTE

Cependant, plus encore que les comportements spécifiques des femmes au travail, c'est selon nous l'ensemble de leur expérience et notamment les raisons de leur passage d'un boire social à un boire à risque qu'il faut comprendre pour intervenir plus adéquatement. À cet égard, notre étude montre que ce sont des chaînes de circonstances qui se trouvent à l'origine du changement dans la consommation d'alcool des femmes et non des événements singuliers. Plus précisément, des événements socioprofessionnels et familiaux se transforment en crise lorsque les femmes se sentent trahies par une personne significative (conjoint, enfant, supérieur, collègue) alors qu'en même temps elles ont à affronter la mort ou la maladie dans leur vie privée. De même des périodes de transition professionnelle, notamment l'entrée sur le marché du travail et le moment de la préretraite,

sont à l'origine de crises profondes quand les femmes sont en plus isolées socialement ou encore émotivement marquées par un milieu familial alcoolique. Autrement dit, le boire à risque chez les femmes au travail est le résultat de multiples facteurs liés à la vie professionnelle (organisation du travail, structure de pouvoir, etc.) et à la vie privée (rapports de couples, etc).

Dans un autre ordre d'idées, nous montrons aussi, et cela est intéressant en matière d'intervention, que toutes les femmes interrogées disent éprouver de l'inquiétude quant à leur consommation d'alcool, même si elles ne sont pas prêtes à aller consulter quelqu'un. Elles s'inquiètent pour leur santé bien avant que leur performance au travail ne soit atteinte; de plus, si elles aiment le goût de l'alcool, ce n'est pas au point d'en tolérer les coûts: elles ne veulent ni se rendre malades, ni diminuer leurs capacités physiques ou intellectuelles, ni nuire à leur apparence corporelle.

L'analyse de nos données, résumée en partie et brièvement ici, de même que les limites des PAE relevées plus haut, nous amènent à privilégier, pour rejoindre et aider les travailleuses ayant une alcoolisation à risque, une intervention féministe. Celle-ci préconise «[...] une conscientisation et une action thérapeutique qui tiennent compte de la réalité de l'oppression spécifique des femmes dans notre société» (Corbeil *et al.*, 1983: 13). Opter pour une approche féministe, c'est permettre aux femmes de prendre conscience des fondements sociaux et culturels des problèmes ou difficultés qu'elles rencontrent dans leur quotidien; c'est, en d'autres termes, les conduire à réaliser qu'elles ne sont pas seules responsables de ce qu'elles vivent, en l'occurrence que leur alcoolisation ne tient pas à leur «caractère», à leur «personnalité».

Travailler en petits groupes sur les facteurs sociaux menant à une alcoolisation à risque

Concrètement, en ce qui a trait tout d'abord à la façon de rejoindre les femmes, on ne semble pas pouvoir compter sur l'autoréférence – ni par conséquent sur un travail en rencontre individuelle. C'est pourquoi la meilleure voie nous paraît être l'intervention de groupe en raison de son caractère «déculpabilisant». Les consommatrices d'alcool à risque ne sont pas prêtes à dévoiler leur marginalité, mais elles sont cependant préoccupées par leur devenir alcoolique. Autrement dit, nous favorisons l'usage du modèle de «groupe de conscientisation», que ce soit au sein même des PAE existants ou en marge de ceux-ci, ce modèle permettant le partage du vécu et des sentiments et visant, à plus long terme, à amener les femmes à reconnaître les aspects sociaux de leurs difficultés (Corbeil *et al.*, 1983).

Quant au contenu de l'intervention elle-même, il doit porter sur les facteurs ou contextes sociaux se trouvant à l'origine même du boire à risque et du choix spécifique pour l'alcool. Il s'agit, pour l'intervenante, de faire en sorte que les femmes arrivent à parler, à échanger sur ces sujets. D'une façon générale, on doit amener les travailleuses à comprendre qu'avoir une alcoolisation à risque, c'est bien autre chose que boire trop ou plus que la normale: c'est aussi et d'abord, à travers elle, réprimer de la colère, gérer de la fatigue découlant de la double journée de travail, tenter de combler une absence ou une carence affective ou encore atténuer l'angoisse liée à la peur de l'échec.

Plus précisément, c'est typiquement dans un contexte de marginalité, dans la vie privée mais surtout dans la vie professionnelle, que prend racine le boire à risque. Certaines femmes se sentent marginales tout d'abord par rapport à leurs collègues (différences en matière de philosophie de travail, marginalité d'âge, de sexe, de culture); plusieurs autres le sont par rapport au cadre de leur profession: affectation à des populations spéciales dans les secteurs hospitalier et scolaire, éloignement géographique du lieu de travail par rapport au milieu de vie, etc. Dans tous les cas, cette marginalité est source de démotivation, d'épuisement et de solitude; elle produit une distance émotionnelle, physique ou cognitive avec le groupe professionnel. Ajoutons que chez certaines femmes, cette solitude professionnelle s'ajoute à un isolement social et affectif: absence de groupe d'amitiés, monoparentalité.

Par ailleurs, chez plusieurs de nos répondantes, c'est le sentiment d'avoir échoué et d'en être responsable, encore là tant dans la vie professionnelle (démission, non-atteinte des buts fixés, etc.) que dans la vie privée (divorce, enfants à problèmes), qui domine. En fait, ces femmes n'ont pas l'impression d'avoir échoué simplement par rapport à leurs normes personnelles, mais bien par rapport aux stéréotypes sociaux attachés à la «superfemme orchestre» qui réussit tout dans sa vie conjugale et dans sa carrière. L'intervention féministe vise justement, dans ses fondements mêmes, à montrer que ces stéréotypes sont intériorisés très tôt par les femmes. On touche là aux mécanismes du processus de la socialisation différente des filles et des garçons dès la petite enfance et à «[...] leur impact sur l'équilibre psychologique des femmes» (Corbeil et al., 1983: 16).

Privilégier des interventions auprès de groupes à risque

L'analyse des données recueillies auprès des travailleuses révèle que le passage du boire social au boire à risque se fait aussi au moment d'une

crise de transition professionnelle. Des rencontres d'accompagnement pourraient donc être offertes aux jeunes qui entrent sur le marché du travail et à celles qui terminent leur carrière. De telles rencontres donneraient aux femmes l'occasion de se lier à d'autres, et donc de combattre la solitude professionnelle, de partager leur angoisse, leur désenchantement ou leur fatigue. Ces rencontres par groupes nous paraissent d'autant plus pertinentes que les pratiques d'alcoolisation diffèrent selon les générations. Notre recherche montre en effet qu'il y a des sous-cultures de boire, chaque génération ayant ses rituels de consommation et ses préférences en ce qui concerne le type d'alcool et de rapport à celui-ci. Ainsi, les femmes de moins de 30 ans revendiquent un «boire égalitaire», se caractérisant par une préférence pour la bière, consommée en public, un peu à la façon des hommes. La sous-culture des femmes de 30-40 ans se distingue par le fait qu'on y défend le droit social des femmes à boire seules chez elles. Les vins apéritifs et les vins de table sont leur boisson type. Enfin, la génération des femmes de 50 ans et plus critique, quant à elle, le boire solitaire, associé à l'image de la «banlieusarde alcoolique», mais apprécie largement le «boire-ensemble», ne serait-ce qu'à deux. L'alcool préféré semble être les spiritueux.

Dans ce même ordre d'idées, il faut penser influencer non seulement ce qui mène au boire à risque, mais aussi ce qui pousse à faire le choix spécifique de l'alcool. Toutes celles qui se confrontent à des réalités de vie difficiles n'ont pas recours à l'alcool. Une des raisons du choix de l'alcool est, bien sûr, qu'il est devenu aujourd'hui un mode de vie et même une façon de vaincre le stress (Gilson, Aulagnon et Véran, 1989). En fait, les femmes font ce choix à l'intérieur des limites de leurs capacités à agir sur leur environnement. L'alcool est souvent pour elles un dernier recours, c'est-à-dire le seul moyen qui reste quand on a épuisé toutes ses autres ressources. Du point de vue de sa fonction, il équivaut, pour les unes, à un revitalisant ou à un moyen de s'intégrer à un environnement hostile, pour les autres à un antidépresseur. Dans tous les cas, il aide à se sentir mieux: moins marginales, moins tristes, moins épuisées, etc. En d'autres termes, le boire des femmes est «utilitaire», il a une fonction thérapeutique (il est un baume, un serre-frein émotionnel, un somnifère); c'est un boire lié à un mal-être profond.

En terminant, on peut dire que l'intervention auprès des travailleuses ayant une alcoolisation à risque en est à ses balbutiements. Il faut travailler avec les intervenantes et les femmes afin qu'elles soient de véritables agentes de changement. En effet, l'intervention féministe ne doit pas viser seulement la compréhension puis la modification des comportements des femmes ayant une alcoolisation à risque. Elle doit aussi et surtout déboucher

sur une critique plus générale de l'organisation du travail dans nos sociétés. En fait, il faut donner aux femmes les moyens de réinventer les milieux de travail, de les adapter à elles.

Bibliographie

- BEYER, J. M. et H. M. TRICE (1981). «A Retrospective Study of Similarities and Differences Between Men and Women Employees in a Job-based Alcoholism Program from 1965-1977», *Journal of Drug Issues*, vol. 11, n° 2, 233-262.
- BLUME, S. B. (1986). «Women and Alcohol. A Review», *JAMA*, vol. 256, n° 11, 1467-1470.
- CORBEIL, C. et al. (1983). «Féminisme et thérapie: vers une nouvelle vision de l'intervention», dans *Nous, notre santé, nos pouvoirs*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 13-34.
- CORNEIL, W. (1978). «Alcoholism Treatment Programs for Female Workers», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 69, sept-oct., 368-370.
- FILLMORE, K. M. (1984). «Research as a Handmaiden of Policy: An Appraisal of Estimates of Alcoholism and Its Cost in the Workplace», *Journal of Public Health Policy*, mars, 40-64.
- GILSON, M., AULAGNON, M. et S. VÉRAN (1989). «Quand les femmes fument, boivent... et trinquent; ces vices qu'elles ont pris aux hommes», *Le nouvel observateur*, n° 1294, 42-49.
- GLASER, B. G. et A. L. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Press.
- GOMBERG, E. S. (1979). «Drinking Patterns of Women Alcoholics», *Women Who Drink. Alcoholic Experience and Psychotherapy*, Springfield, Ed. V. Burtle, Charles C. Thomas Publication, 26-48.
- JELLINEK, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*, Highland Park, N. J. Hillhouse Press.
- KANTER, R. M. (1977). «Some Effects of Proportion on Group Life: Skewed Sex Ratios and Response to Token Women», *American Journal of Sociology*, vol. 82, 965-990.
- LAPERRIÈRE, Anne (1982). «Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago», *Sociologie et sociétés*, vol. 14, n° 1.
- LIST, W. (1986). «Helping out the Problem Employee», *Report on Business Magazine*, Toronto, Globe & Mail, 68-76.
- MASI, D. A. (1984). *Designing Employee Assistance Programs*, New York, American Management Associations.
- MORISSETTE, P. (1986). «Femmes au travail et abus d'alcool: un problème mal connu», *L'intervenant*, vol. 3, n° 3, 8-9.
- MORISSETTE, P. (1990). *Les aspects psychosociaux du processus d'alcoolisation à risque chez les femmes au travail*, thèse de doctorat, UDM/UQAM.
- NADEAU, L. (1988). *L'impact des événements, des difficultés de vie et des facteurs de vulnérabilité 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.

- QUÉNIART, Anne (1987). *Le façonnement social de la grosseur. Une analyse qualitative des diverses dimensions du vécu des femmes*, thèse de doctorat, département de sociologie, UQAM, partie II: «Approche méthodologique».
- REICHMAN, W. (1983). «Affecting Attitudes and Assumptions About Women and Alcohol Problems», *Alcohol Health & Research World*, vol. 7, n° 3, 6-10.
- REICHMAN, W., YOUNG, D. W. et L. GRACIN (1988). «Identification of Alcoholics in the Workplace», dans GALANTER, M. (sous la direction de), *Recent Developments in Alcoholism and Its Management in the Workplace*, New York, Plenum Press, 171-179.
- ROMAN, P. M. (1988). «Growth and Transformation in Workplace Alcoholism Programming», dans GALANTER, M. (sous la direction de), *Recent Developments in Alcoholism and Its Management in the Workplace*, New York, Plenum Press, 131-158.
- ROMAN, P. M. et T. C. BLUM (1988). «Formal Intervention in Employee Health: Comparisons of the Nature and Structure of Employee Assistance Programs and Health Promotion Programs», *Social Science & Medicine*, vol. 26, n° 5, 503-514.
- ROOK, K. S. (1984). «Interventions for Loneliness: A Review and Analysis» dans PEPLAU, L. A. et S. E. GOLDSTON, *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, National Institute of Mental Health, 47-80.
- SAUNDERS, J. B. et R. WILLIAMS (1983). «The Genetics of Alcoholism: Is there an Inherited Susceptibility to Alcohol-Related Problems?», *Alcohol and Alcoholism*, vol. 18, n° 3, 189-217.
- SCHUR, E. M. (1984). *Labeling Women Deviant. Gender. Stigma and Social Control*, Philadelphie, Temple University Press.
- SOLOMON, S. D. (1983). «Women in the Workplace. An Overview of NIAAA's Occupational Alcoholism Demonstration Project», *Alcohol Health & Research World*, vol. 7, n° 3, 3-5.
- TRICE, H. M. et W. J. SONNENSTUHL (1988). «Constructive Confrontation and Other Referral Processes», dans GALANTER, M. (sous la direction de), *Recent Developments in Alcoholism and its Management in the Workplace*, New York, Plenum Press, 159-170.
- VON WEIGAND, R. A. (1976). «Use Job Performance, Evaluation to Spot the Alcoholic Worker», *Health and Safety*, janv.-fév., 41-46.