



Gouvernement du Québec
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

**Promotion et prévention de l'abus de
substances psychoactives en milieu de
travail : portrait et analyse de
pratiques québécoises**

CPLT

**Promotion et prévention de l'abus de
substances psychoactives en milieu de
travail: portrait et analyse de
pratiques québécoises**

**Promotion et prévention de l'abus de
substances psychoactives en milieu de
travail: portrait et analyse de pratiques
québécoises**

par
Pauline Morissette
Marie-France Maranda
Marie-Josée De Montigny

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Octobre 1997

Notes sur les auteures:

Pauline Morissette détient un doctorat en santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle est actuellement professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle est connue par ses travaux et son expertise sur les femmes et les jeunes consommateurs d'alcool et de drogues et par ses recherches sur la réalité socio-professionnelle des jeunes adultes consommateurs à risque et des toxicomanes en traitement. Son domaine de recherche principal est depuis longtemps la toxicomanie. Elle est aussi membre de l'équipe de recherche *Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec* (RISQ) et de celle sur les *Impacts sociaux et psychologiques du travail* (Centre de santé publique de Québec).

Marie-France Maranda est docteure en sociologie et enseigne en Sciences de l'orientation à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université Laval. Ses travaux de recherches portent sur la psychodynamique du travail et les rapports à la santé mentale, notamment la consommation d'alcool et de drogues. Elle est membre de l'équipe de recherche sur les *Impacts sociaux et psychologiques du travail* (Centre de santé publique de Québec) et du *Groupe de recherche interdisciplinaire en éducation pour la santé* (GRIES). Elle est aussi affiliée au *Centre de recherche sur le développement de carrière* de sa Faculté (CERDEC).

Marie-Josée De Montigny est étudiante à la maîtrise en Sciences de l'orientation à l'Université Laval et détient un baccalauréat en biologie. Elle s'intéresse particulièrement aux rapports qui existent entre l'abus de substances psychoactives et le travail. Elle effectue présentement un stage dans le domaine de la réinsertion socioprofessionnelle auprès d'ex-toxicomanes.

Table des matières

Présentation du Comité	iii
Remerciements	iii
Introduction	1
Contexte théorique et méthodologie	
Problématique et faits saillants de la littérature scientifique.....	2
Éléments conceptuels.....	3
Démarche méthodologique.....	5
Résultats	8
1. Analyse descriptive.....	8
1.1 Contexte de pratiques de prévention.....	8
1.1.1 Les milieux qui tiennent des activités de prévention.....	8
1.1.2 Les promoteurs des activités.....	9
1.1.3 Les caractéristiques des intervenants.....	9
1.1.4 Les raisons qui ont motivé le choix de faire de la prévention.....	11
1.1.5 Le mode de financement des activités.....	13
1.2 Pratiques de prévention.....	14
1.2.1 Les stratégies d'intervention préventive utilisées.....	14
1.2.2 Les modèles explicatifs de la surconsommation de substances psychoactives.....	16
1.2.3 La cible des activités.....	18
1.2.4 Les facteurs de risque ou déterminants de la santé qui sont ciblés par les activités.....	19
1.2.5 La nature des activités.....	21
1.3 Évaluation des activités de prévention.....	26
1.3.1 Le type d'évaluation des activités.....	27
1.3.2 Les conditions de réussite des activités.....	28
1.3.3 Les difficultés et obstacles rencontrés.....	29
2. Synthèse.....	32
2.1 Les résultats liés aux interventions préventives et promotionnelles.....	32
2.2 Les résultats liés aux milieux d'intervention.....	35
2.3 Les résultats liés aux intervenants.....	35
2.4 Les résultats liés aux conditions de réussite et aux obstacles.....	36
Conclusion	37
Références bibliographiques	39

Annexe I

Repérage des organisations offrant des activités: phase de sélection, critères et cueillette de données.....	42
---	----

Annexe II	
Repérage des activités de prévention: phase de sélection, critères et cueillette de données.	44
Annexe III	
Documents complémentaires	46
Annexe IV	
Grille de repérage	49
Annexe V	
Questionnaire	51

Présentation du Comité

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Remerciements

Cette étude n'aurait pas été possible sans la disponibilité de plusieurs intervenants et intervenantes impliqués dans la promotion et la prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail. Qu'ils en soient remerciés, de même que les milieux de travail où ils oeuvrent.

Introduction

En dépit de la reconnaissance et de l'importance de l'impact de l'abus des substances psychoactives au plan social, organisationnel et familial, l'on connaît peu la diversité, la particularité et l'efficacité des pratiques de promotion et de prévention relatives à l'abus de substances psychoactives dans les milieux de travail québécois. Toutefois, le discours informel des intervenants¹ (i.e intervenants des Programmes d'aide aux employés (P.A.E.) et d'organismes communautaires, délégués sociaux, gestionnaires) donne l'impression que de nombreuses activités se réalisent. La question centrale de ce rapport est celle-ci: qu'en est-il de la situation?

Ce rapport fait part d'une analyse systématisée et rigoureuse de certaines activités de promotion et de prévention de l'abus de substances psychoactives pratiquées dans les milieux de travail. Le but premier de ce rapport est de présenter un portrait partiel des pratiques préventives et promotionnelles actuelles, tel que le prévoyait le mandat accordé par le Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie.

Les résultats attendus de ce mandat étaient de faire un inventaire d'activités de promotion/prévention réalisées dans différents milieux de travail ciblant différents produits psychotropes: alcool, drogues légales et illégales. Ces activités seront sélectionnées à partir d'organisations publiques (ministères, municipalités) et parapubliques (commissions scolaires, universités, hôpitaux), entreprises privées, firmes de consultants ou organismes communautaires.

Les ressources financières allouées à la réalisation de ce projet impliquent qu'il s'agit d'un portrait partiel et qu'il a fallu faire des choix. Ce rapport ne présente donc pas un portrait exhaustif de toutes les activités existantes, et les résultats présentés et discutés doivent être lus à la lumière de ce contexte.

Les objectifs visés par la recherche présentés dans ce rapport sont:

- 1) décrire un éventail d'activités de promotion et de prévention de l'abus de substances psychoactives à partir d'un échantillon d'activités répondant aux définitions conceptuelles privilégiées;
- 2) effectuer une analyse plus qualitative des activités réalisées.

Deux sections principales structurent ce rapport. La première aborde les éléments de la problématique, quelques éléments conceptuels et la démarche de réalisation de la recherche utile à la compréhension des résultats. La seconde touche les résultats et la synthèse.

¹Le genre masculin sera souvent employé uniquement pour alléger le texte.

Contexte théorique et méthodologie

Problématique et faits saillants de la littérature scientifique

L'abus de substances psychoactives chez les adultes au travail continue à poser de sérieux problèmes. L'importance quantitative de l'abus est toutefois difficile à préciser. Des méthodologies diverses sont employées pour en déterminer l'ampleur dans les études américaines et canadiennes. Certains auteurs indiquent cependant que l'ampleur devrait se rapprocher des données des enquêtes populationnelles pour les gens des mêmes groupes d'âge (Klingemann, 1995). A cet égard, les résultats de l'enquête Santé Québec de 1992-1993 révèlent que 13% de gens sont à risque de développer des problèmes liés à l'alcool, que c'est un phénomène majoritairement masculin et qui tend à diminuer avec l'avancement en âge (Guyon, 1996).

Pour fins de comparaison, des données américaines indiquent (NIDA, 1991, SAMHSA, 1993) que 13% des employés à temps complet ont répondu avoir utilisé des drogues au cours des 12 derniers mois. Dans le groupe des 18-25 ans, près de 27% ont déclaré en avoir consommé; dans celui des 26-34 ans, le taux de prévalence était de 17%. Les jeunes employés âgés de 18 à 25 ans étaient les plus nombreux à être catégorisés comme buveurs excessifs (avoir consommé cinq verres ou plus par occasion durant cinq jours ou plus dans le dernier mois). Dans ces études, environ 11% des 18-25 ans, 7% des 26-34 ans et 4% des plus de 35 ans étaient des buveurs excessifs. Les hommes-employés avaient significativement plus tendance à avoir consommé de façon excessive dans le dernier mois que les femmes-employées.

Il semble que l'usage de substances psychoactives entraîne chez les travailleurs de multiples conséquences, dont l'absentéisme, la diminution de la productivité, la baisse du moral, des accidents, des maladies, un roulement élevé et le vol (Heller et Robinson, 1995). D'après une majorité de présidents-directeurs généraux canadiens (92% de l'étude de William M. Mercer Ltd., 1990), l'abus des substances psychoactives a un impact important ou très important sur la main-d'oeuvre canadienne. Single et al. (1996) estiment à 823,1 millions de dollars les coûts indirects (perte de productivité) associés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives au Canada.

Il n'y a cependant pas unanimité sur l'ampleur et la nature du problème. Des auteurs considèrent qu'il existe une peur, que l'on peut qualifier de quasi panique, des conséquences de l'usage de substances psychoactives qui entraîne une réaction très vive de la part des autorités, justifiant la mise en place de mesures répressives. À cet égard, certains estiment qu'un plus grand contrôle social dans ce domaine pourrait devenir une atteinte aux droits privés (Conrad, et al. 1992). En fait, à l'instar de Newcomb (1994), nous dirions que les connaissances relatives à la problématique de la toxicomanie en milieu de travail sont encore très limitées, et pour avoir une vision plus juste de la situation il faut poursuivre la recherche.

En regard de la promotion et de la prévention, d'autres constats importants peuvent être dégagés:

- le milieu de travail est considéré comme un milieu privilégié pour la prévention et la promotion de la santé (Durand et al. 1995); cependant, les actions réelles de prévention seraient rares en dépit du potentiel des milieux de travail (Cook, 1996);
- la prévention de l'abus des substances est traversée par un obstacle de taille: soit un triple déni; le premier provenant des consommateurs eux-mêmes qui refusent de reconnaître qu'ils ont un problème; le second provenant des organisations qui croient que le problème vient des individus, des cultures, mais pas de l'organisation du travail et que le problème n'existe pas chez-eux; le troisième concernant certains intervenants qui ne cernent pas le problème dans sa globalité (multidimensionnalité) et n'accordent pas autant d'importance à la prévention qu'à l'intervention (Maranda, Morissette, De Montigny. 1996);
- la démarche de prévention dominante, en regard de la consommation abusive de substances est celle des programmes d'aide aux employés (Cook, 1996); cette démarche préventive (prévention au niveau secondaire) s'adresse toutefois à des employés qui ont déjà développé un problème avec les substances;
- une autre forme d'intervention en milieu de travail importante est celle des syndicats dont l'objectif, est bien sûr, d'aider des personnes qui ont des problèmes, mais aussi de faire de la prévention primaire dans les milieux de travail (Sylvestre et Rhéaume, 1994);
- la prévention en milieu de travail se limiterait à l'information et à la sensibilisation sans égard à la force de la culture du travail et à la culture de consommation (Maranda, 1997; Ames et Craig, 1987; Ames, 1989);
- le manque de recherches évaluatives concernant les approches de prévention primaire dans les milieux de travail serait probant (Stoltzfus et Benson. 1994);
- au Québec, la communauté, l'école et la famille seraient les milieux ciblés pour la prévention et la promotion des toxicomanies; le milieu de travail est peu ou pas exploité à cet égard (Viens, Lebeau et Sirois, 1996).

Éléments conceptuels

Dans l'ensemble, les expressions prévention et promotion de la santé réfèrent aux définitions suivantes:

> *Promotion de la santé*

La promotion de la santé représente un processus qui permet aux gens d'augmenter le contrôle qu'ils exercent sur les déterminants de la santé et par conséquent, d'améliorer leur santé. La promotion de la santé vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de

robustesse et les conditions favorables à de bonnes habitudes de vie. La promotion de la santé cible la population en général ou des groupes particuliers. Elle repose sur une intervention globale destinée à créer dans la population les conditions qui favoriseront une moindre consommation de psychotropes (Viens, Lebeau et Sirois, 1996).

> *Prévention des toxicomanies*

Elle comprend des interventions proactives, c'est-à-dire des actions qui nécessitent une anticipation de la part de l'intervenant de manière à agir avant l'apparition de symptômes ou de manifestation d'un problème (Pransky, 1991, tiré de Chamberland, 1996). Elle consiste à intervenir sur les facteurs de risque qui, d'après Lebeau (1996), peuvent être classés en deux types: les facteurs prédisposants, soit ceux qui portent sur des vulnérabilités personnelles, et les facteurs précipitants qui sont les événements, les expériences ou les conditions de vie. La prévention primaire vise à réduire l'apparition de nouveaux cas de toxicomanie et non pas à éliminer la consommation. Elle cible une population vulnérable, certains milieux ou groupes particuliers exposés aux facteurs de risque.

Le terme prévention réfère, dans ce rapport, à la seule prévention primaire. Le National Institute of Mental Health américain affirme l'existence d'un besoin de signification uniforme pour le terme prévention et précise que ce terme ne devrait désigner que les actions qui anticipent un désordre ou favorisent une santé optimale (tiré de Blanchet, Laurendeau, et Saucier, 1993).

> *Activités de prévention ou de promotion*

Les activités, en matière de promotion et de prévention d'abus de substances psychoactives, réfèrent à des actions, à des outils ou à des moyens utilisés de façon ponctuelle, ou moins limités dans le temps, reflétant une pratique de promotion ou de prévention dans le domaine de la toxicomanie qui vise à agir en amont des problèmes.

> *Substances psychoactives*

Ces substances sont des drogues qui agissent sur le système nerveux central et modifient ainsi la façon dont une personne pense, se sent ou agit (Heller et Robinson, 1994).

Les variables retenues pour fins d'analyse sont fortement inspirées du cadre conceptuel de Viens, Lebeau et Sirois (1996) ayant fait la description des contenus québécois en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies, et de celui de Chamberland (1996) qui a fait le portrait des pratiques de promotion du bien-être et de prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leurs familles.

Démarche méthodologique

> *Repérage des organisations*

Le repérage des organisations susceptibles d'avoir des pratiques de promotion et de prévention a été fait par plusieurs voies:

par la recherche documentaire: des revues québécoises spécialisées en toxicomanie ou en ressources humaines (cinq dernières années) ont été consultées (e.g. L'intervenant, Écho-Toxico, CLSC-Express, Info-Ressources Humaines, Actualité); nous avons aussi eu recours à des actes de colloques (AITQ) et à des répertoires; nous avons également consulté des listes de P.A.E.;

les ordres professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, conseillers et conseillères en orientation) et les centres de références bibliographiques (AITQ, CQDT) ont aussi été mis à contribution;

une liste d'organismes communautaires nous a aussi été remise par FOBAST;

la technique boule de neige a aussi été utilisée.

Ainsi 405 organisations ont été identifiées comme étant susceptibles d'offrir des activités de prévention.

> *Sélection des organisations et échantillon final*

À partir d'indices provenant de références bibliographiques, ou d'informateurs-clés laissant supposer l'existence d'activités de prévention, 112 organisations ont été retenues sur les 405 identifiées au départ: nous avons conservé les organisations pour lesquelles nous avons des indications sérieuses de croire qu'elles pratiquaient le type d'activités auxquelles nous étions intéressées; nous avons cherché à diversifier les organisations. Une phase de sélection a permis de rejoindre 50 organisations déclarant offrir des activités de prévention. Cependant, seulement 29 organisations correspondaient à la définition retenue.

Un critère de sélection prévalait pour retenir l'organisation: les activités devaient correspondre à nos définitions conceptuelles d'activités de prévention ou de promotion. Le nombre a ainsi été réduit d'après les informations obtenues de la personne qui répondait à notre appel téléphonique. Cette personne était soit la responsable du P.A.E., de l'organisme communautaire, du centre de réadaptation, soit un consultant externe, soit un représentant syndical, soit un délégué social. Certains intervenants ont refusé de participer alléguant le manque de temps, ou le fait que ces activités leur soient imposées ou ne relèvent pas d'eux. Dans certains cas, il a été impossible de rejoindre l'informateur comme il a été dit déjà. Ces renseignements apparaissent à l'annexe 1.

Pour sélectionner les organisations, 97 entretiens téléphoniques de dépistage ont été effectués. En plus, huit autres appels ont été placés mais les informateurs n'ont pu être rejoints et sept questionnaires ont été expédiés sans certitude d'activités promotionnelles ou préventives dans ces milieux.

> *Sélection des activités et échantillon final*

Notre critère pour répondre à la définition de promotion et de prévention a aussi servi à déterminer les activités qui ont été retenues pour fin d'analyse. Une procédure analogue à celle de la sélection des organisations a été enclenchée. Nous avons d'abord relevé 130 activités sur la base des propos des informateurs. Toutefois, seulement 80 d'entre elles répondaient à la définition que l'on s'était donné (annexe II). Les activités représentent celles de différents genres d'organisations.

> *La construction des grilles*

Le repérage des organismes s'est fait à partir d'une liste construite par l'équipe de recherche dans laquelle les informations recueillies, dans la documentation ou par le bouche à oreille étaient consignées (Annexes III et IV). La grille d'entretien s'est faite à partir d'un questionnaire-maison inspiré de Viens, Lebeau et Sirois (1996) et de Chamberland (1996) comprenant des données factuelles sur l'organisation, des données sur les caractéristiques des activités (e.g. objectif visé, cible, nature) et des données sur les intervenants. D'autres questions concernaient le type d'évaluation effectuée, les conditions de réussite et les difficultés rencontrées. Les questions étaient de deux types c'est-à-dire des questions fermées et des questions ouvertes (Annexe V).

> *Le pré-test*

Avant de procéder aux entretiens téléphoniques, la grille d'entretien a été pré-testée auprès de deux informateurs-clés. Le but du pré-test était de vérifier la compréhension, l'adéquation des questions et le temps d'entretien téléphonique.

> *Le déroulement de la collecte des données*

La cueillette des données s'est effectuée de deux façons: entretiens téléphoniques avec la grille-maison, envoi de la grille-maison par la poste lorsqu'il était impossible de rejoindre les personnes par téléphone. En effet, certains informateurs dont les activités de promotion et de prévention avaient été retenues ne disposaient pas du temps nécessaire pour un entretien téléphonique. Néanmoins, c'est surtout par entretiens téléphoniques d'une durée moyenne de 30 minutes que les informations ont été recueillies. Plus exactement, 22 entretiens téléphoniques ont été réalisés et sept questionnaires ont été envoyés et reçus. L'agente de recherche avait pour consigne d'inscrire directement les réponses des personnes interviewées sur la grille. Pour les questions ouvertes, elle devait conserver le verbatim dans la mesure du possible.

> *L'analyse des données*

L'analyse des données s'est faite d'abord question par question. Dans le cas des questions fermées, les catégories étaient préalablement définies. Les fréquences ou les pourcentages ont alors été calculés. Dans le cas des questions ouvertes, les catégories sont celles qui ont émergé des réponses des informateurs. Cette stratégie d'analyse s'est avérée pertinente pour rester plus près de la réalité des milieux de travail. Nous avons donc deux perspectives d'analyse complémentaires, soit inductive et deductive (Deslauriers, 1991). Toutes les réponses étaient classées sous les catégories émergentes. Les catégories devaient être mutuellement exclusives et une valeur numérique a parfois été attribuée aux catégories émergentes pour permettre une quantification des résultats. Pour une analyse qualitative complémentaire, nous avons procédé à une analyse de contenu. Les portions de verbatim les plus significatives pour la compréhension de ce qui se passe dans les milieux de travail ont été retenues.

> *Les limites de la recherche*

Comme toutes les études, la nôtre présente certaines limites. D'abord, notre procédure de cueillette des données par entrevue téléphonique, avec des questions fermées et ouvertes, ne permettait évidemment pas aux informateurs de s'exprimer aussi largement qu'en entrevue non structurée ou semi-structurée. L'autre contrainte est reliée à la prise de notes. Il était impossible de tout noter et donc il y a inévitablement eu une sélection des informations et une perte de matériel s'est ensuivie. Ensuite, faute de temps de la part des intervenants pour une entrevue téléphonique, il a fallu faire parvenir notre grille d'entrevue par la poste. Tous n'ont pas mis le même soin à la remplir et à détailler les informations auxquelles nous étions intéressées. Notre étude a toutefois le mérite de répondre aux critères de scientificité d'une recherche: homogénéité des grilles de cueillette des données et d'information, des procédures d'analyse des données, des critères d'inclusion, etc. Enfin, il s'agit d'un portrait partiel comme il a été expliqué au début de ce rapport.

Résultats

1. Analyse descriptive

1.1 Contexte de pratiques de prévention

1.1.1 Les milieux qui tiennent des activités de prévention

Tableau 1.1 Milieux et activités de prévention

Milieux n = 29		Activités n = 80	
P.A.E.*	n = 13 (45,0%)		n = 33 (41%)
privés	n = 5 (17,2%)	n = 9 (11%)	
publics	n = 5 (10,3%)	n = 17 (21%)	
parapublics	n = 5 (17,2%)	n = 7 (9%)	
syndicats	n = 5 (17,2%)	n = 17 (21%)	
organismes communautaires	n = 5 (17,2%)	n = 16 (20%)	
centres de réadaptation	n = 3 (10,3%)	n = 6 (8%)	
firmes de consultants	n = 3 (10,3%)	n = 8 (10%)	
	n = 29 (100%)	n = 80 (100%)	

* Parmi les 13 P.A.E., 9 sont des P.A.E. conjoints.

Les P.A.E. que l'on retrouve dans les entreprises privées, publiques et parapubliques (13) sont les plus nombreux à offrir des activités de prévention en alcoolisme et toxicomanie. Neuf des 13 P.A.E. sont des programmes conjoints, i.e. des programmes où la partie patronale et la partie syndicale se sont entendues, par voie de négociation, sur l'inclusion d'un programme d'aide dans la convention collective. Ce sont ensuite les syndicats qui semblent offrir le plus d'activités préventives (notamment par les réseaux d'entraide) (5), suivis des organismes communautaires (5), des centres de réadaptation (3) et finalement, des firmes de consultants (3).

Les données de ce tableau incitent à croire que les professionnels des P.A.E. et les représentants des syndicats sont peut-être en train de développer un modèle de coopération dans le domaine de la prévention. Il faut toutefois prendre cette information avec précaution, puisque notre échantillon n'est pas représentatif et qu'il faudrait vérifier cet élément sur une plus grande échelle.

1.1.2 Les promoteurs des activités

Tableau 1.2 Les promoteurs des activités de prévention

Promoteurs	Activités n = 80	
- programmes conjoints	n = 23	(29%)
- syndicats (réseaux d'entraide)	n = 18	(23%)
- P.A.E.	n = 15	(19%)
- consultants externes	n = 10	(12%)
- groupes communautaires	n = 10	(12%)
- dirigeants d'entreprises	n = 4	(5%)
	n = 80	(100%)

Nous avons aussi cherché à connaître qui sont plus précisément les promoteurs des activités de prévention. À cet égard, le plus fort pourcentage des promoteurs semble provenir des programmes conjoints (29%), suivis des syndicats (23%), des P.A.E. (19%), des firmes externes (12%), puis des groupes communautaires (12%), et finalement des dirigeants d'entreprise (5%).

1.1.3 Les caractéristiques des intervenants

Tableau 2.3 Caractéristiques des intervenants qui animent les activités de prévention selon les répondants

Caractéristiques des intervenants	Répondants n = 29	
- professionnels	n = 14	(48%)
- pairs, aidants naturels	n = 12	(41%)
- bénévoles	n = 3	(1%)
	n = 29	(100%)

Par une des questions ouvertes, nous désirions connaître la formation et le type d'expérience des intervenants impliqués dans la prévention. Trois groupes sont alors ressortis 1) des professionnels de P.A.E. ou de firmes de consultants; 2) des pairs ou des aidants naturels; 3) des bénévoles.

1) Presque la moitié des intervenants sont des professionnels ayant reçu une formation universitaire (48%): ce sont des psychologues, des professionnels de la santé (des médecins, des infirmières), des gestionnaires ayant une formation en administration, des travailleurs sociaux, des conseillers en orientation, des gens spécialisés en communication. Parmi ces professionnels, ce sont les psychologues qui sont le plus présents. Bref, ce sont des professionnels ayant une formation en sciences humaines qui sont impliqués dans la prévention.

2) L'autre groupe d'intervenants actifs sont des employés que nous avons regroupés sous l'appellation "pairs" ou "aidants naturels" et qui font partie pour la plupart de réseaux d'entraide mis sur pied par des milieux syndicaux (41%). Il nous semble que bon nombre d'entre eux sont des personnes qui ont une expérience des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Ils ont reçu une formation de base en relation d'aide de la part de leur organisation syndicale, et sont appelés régulièrement à compléter cette formation.

3) Les bénévoles (1%) provenant d'associations et de regroupements, qui font de la réadaptation et de l'accompagnement, sont aussi mis à contribution pour animer des activités de prévention. Ce sont des personnes alcooliques ou toxicomanes réhabilitées et elles sont appelées à faire des témoignages, à animer une discussion ou à tenir un kiosque. En ce qui les concerne, ce n'est pas tant leur formation qui explique leur présence en prévention que leur expérience en regard des substances psychoactives.

Dans un autre ordre d'idées, cette question nous a permis de constater que chez les intervenants impliqués en prévention, il existe une variété de représentations de ce qu'est la prévention et une diversité de pratiques qui y sont associées. Ceci pourrait s'expliquer par la présence de disciplines différentes d'où proviennent les intervenants et la diversité des approches sous-jacentes à leurs actions (approche médicale, psychologique, psychosociale, morale, sociologique). Ces extraits d'entrevues illustrent la philosophie, le discours, les façons de se représenter les problèmes et le vocabulaire différents de nos répondants:

« On fait des activités de sensibilisation. On veut des employés bien dans leur peau. On est concerné par ce qui leur arrive, et on les aime ».

(une psychologue dans un P.A.E. privé)

« On veut aborder et solutionner des problèmes qui découlent de l'attitude permissive des superviseurs. On s'adresse à la question alcool et drogues dans une perspective de gestion. La promotion de la santé, et toutes ces affaires-là, les employeurs n'ont plus le temps pour ça ».

(une gestionnaire)

1.1.4 Les raisons qui ont motivé le choix de faire de la prévention

Tableau 1.4 Les raisons qui ont motivé le choix de faire de la prévention selon nos répondants

Motivations	Répondants n = 29
<ul style="list-style-type: none"> • Ampleur du problème <ul style="list-style-type: none"> - stress/anxiété - accidents - problèmes disciplinaires - consommation durant les heures de travail - polytoxicomanie/comorbidité - absentéisme • Raisons reliées à la fonction 	<p style="text-align: right;">n = 22 (76%)</p> <p style="text-align: right;">n = 10 (35%)</p> <p style="text-align: right;">n = 3 (10%)</p> <p style="text-align: right;">n = 3 (10%)</p> <p style="text-align: right;">n = 2 (7%)</p> <p style="text-align: right;">n = 2 (7%)</p> <p style="text-align: right;">n = 2 (7%)</p> <p style="text-align: right;">n = 7 (24%)</p>
	n = 29(100%)

➤ *L'ampleur du problème*

La principale raison rapportée par nos répondants, pouvant expliquer le choix de faire de la prévention, fait référence à l'ampleur du problème. En effet, la très grande majorité des répondants (76%) mentionnent que l'abus de substances psychoactives constitue un problème majeur dans leur organisation. L'ampleur du problème réfère ici à une perception d'une situation où des indices, des symptômes ou des conséquences de surconsommation de substances psychoactives sont constatés. Par exemple, les intervenants ont déclaré observer de plus en plus de problèmes de stress et d'anxiété rapportés au niveau des P.A.E.. Les intervenants estiment que la surconsommation d'alcool ou de drogues accompagne souvent ces problèmes, sans cependant qu'ils soient en mesure d'en démontrer les liens. Des accidents de travail sont aussi mis en relation avec une situation de surconsommation ou d'effets de la consommation. Pour certains répondants, la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie doit être associée à la prévention des accidents. Quelques-uns s'inquiètent de la consommation de substances psychoactives qui a lieu durant les heures de travail, et qui nécessite de leur part une intervention délicate. La perte de productivité a aussi été associée à l'ampleur du problème de toxicomanie. La prévention est vue comme un moyen d'agir en amont du problème, ce qui éviterait une intervention de bout de ligne, ou encore des mesures draconiennes.

Quelques répondants ont aussi fait part de situations qui leur apparaissent nouvelles, soit la polytoxicomanie et la comorbidité. D'après ces répondants, l'intervention devient de plus en plus complexe et les formes d'interventions pratiquées jusque là semblent non indiquées pour répondre à ces nouveaux phénomènes. Ces répondants montrent un sentiment d'impuissance. Cette impuissance est particulièrement palpable en ce qui concerne la comorbidité, c'est-à-dire l'émergence de problèmes de santé mentale mêlés à la surconsommation d'alcool ou de drogues.

« Avant, santé mentale et alcoolisme, on traitait ça comme deux affaires distinctes, maintenant ce n'est plus le cas ».

(une intervenante de P.A.E. -parapublique)

Enfin, l'absentéisme est mentionné comme étant élevé dans plusieurs milieux de travail, notamment les milieux de cols bleus. Dans ce cas, la prévention en tant qu'activité du programme d'aide apparaît pour certains une mesure efficace.

« Grâce aux services du P.A.E., on s'est rendu compte que l'absentéisme avait diminué de 1%, ce qui représente un gain d'environ 1,000,000\$ ».

(un coordonnateur de P.A.E. dans une grande entreprise privée)

Dans l'ensemble, les répondants craignent que la situation de la surconsommation de substances psychoactives ne se dégrade et qu'elle résulte par des pertes d'emploi pour les gens concernés. Cette motivation contextuelle revient fréquemment dans leurs témoignages, mais il nous a été impossible d'examiner plus en profondeur la nature de leurs inquiétudes, compte tenu de la méthodologie employée.

» Raisons reliées à la fonction

Le quart des répondants (24%) ont expliqué leurs motivations à mettre sur pied des activités de prévention en raison de leur fonction. En d'autres mots, ils ont déclaré: "c'est mon travail de le faire". Par exemple, des intervenants estiment que c'est leur rôle d'agir de diverses façons pour offrir du support aux gens. Des intervenants voient les activités de prévention comme le prolongement de leurs activités de relation d'aide. Toutefois, la prévention leur apparaît comme une activité marginale, non pas parce qu'ils n'y croient pas, mais plutôt parce que la prévention n'est pas une activité quotidienne intégrée dans leurs tâches.

1.1.5 Le mode de financement des activités

Tableau 1.5 Le mode de financement des activités de prévention

Mode de financement	Activités n = 80
- budget de l'entreprise	n = 23 (29%)
- fonds syndicaux et Centraide	n = 22 (28%)
- budget conjoint	n = 6 (8%)
- autres (multiplicité des sources)	n = 29 (36%)
	n = 80 (100%)

Le tableau 1.5 montre que les activités de prévention sont financées dans des proportions quasi égales par les entreprises, par les syndicats et par Centraide. À cet égard, les répondants ont ajouté que dans certains cas, l'entreprise assume les coûts de libération des salariés (pour assister à une séance d'information par exemple), ainsi que les coûts attribuables aux locaux, aux équipements, aux salaires des responsables de programme d'aide, etc., alors que les syndicats s'occupent de la formation des responsables syndicaux (les délégués sociaux, les conseillers syndicaux, etc.). Il est à noter que l'organisme Centraide contribue dans le financement des activités d'un réseau d'entraide. Centraide soutient également des groupes communautaires qui offrent leurs services dans les entreprises.

1.2 Pratiques de prévention

1.2.1 Les stratégies d'intervention préventive utilisées

Tableau 1.6 Les stratégies de prévention utilisées

Stratégies	Activités n = 80
• Développement des compétences	n = 61 (76%)
• Influence	n = 14 (18%)
• Aménagement du milieu	n = 5 (6%)
	n = 80 (100%)

En matière de prévention de la toxicomanie, divers types de stratégies d'intervention sont utilisées, selon la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1986). Le matériel obtenu pour cette étude, et la classification opérationnelle que nous en avons faite, permettent de constater que la prévention dans les milieux de travail s'inscrit dans trois grands types de stratégies d'intervention; celles-ci sont mentionnées par ordre d'importance: d'abord, le développement des compétences (76%); puis dans une moindre mesure, l'influence (18%); enfin, l'aménagement du milieu (6%).

->Le développement de compétences

Le développement de compétences est défini comme suit par Viens, Lebeau et Sirois (1996, p. 14), soit «des activités qui visent à accroître les habiletés de la personne et/ou de son milieu de vie afin de la rendre apte à faire face aux situations de la vie de tous les jours et de résoudre ses difficultés d'adaptation». Dans cette optique, les activités sont organisées à deux niveaux: information-sensibilisation et développement de la solidarité.

Plusieurs activités s'inscrivent dans une perspective de renseigner sur la nature, les effets et les conséquences individuelles et familiales des produits dans le but d'habiliter les employés à reconnaître qu'ils ont un problème ou à le reconnaître chez quelqu'un de leur entourage. Des moyens tels des dépliants, des articles de journaux, des guides, des conférences sont utilisés. Ce type d'informations s'adressent aux employés en général plus qu'à des individus en particulier.

Selon nous, le développement de la solidarité et de l'entraide font aussi partie de cette catégorie de stratégies, en ce sens que c'est le développement des compétences du milieu qui est concerné. Briser l'isolement constitue le principal enjeu de la mise sur pied de ressources d'aide et d'entraide. La création de nouveaux réseaux et la consolidation de réseaux existants misent sur le sentiment d'appartenance et la sociabilité pour amener les personnes à demander de l'aide, et à apporter des correctifs en rapport avec leurs comportements. Dans le même sens, la formation des membres des réseaux d'entraide est surtout axée sur l'écoute, l'empathie et la référence aux ressources appropriées, afin de les amener à répondre adéquatement aux demandes des individus aux prises avec des problèmes de surconsommation, ou qui pourraient en développer.

> *L'influence*

Des intervenants fournissent une information-sensibilisation qui traite des enjeux et de la nature des dangers liés à la surconsommation, en faisant appel à la responsabilisation des personnes. Les conséquences de la surconsommation sont notamment traitées ici en regard de la productivité de l'entreprise. Les méthodes d'intervention les plus fréquemment utilisées sont la communication et le marketing social (Viens, Lebeau et Sirois, 1996). Par exemple, des consultants externes et des représentants de groupes communautaires offrent leurs services dans les milieux de travail et font des présentations sur ce qu'ils appellent «l'ampleur du problème», c'est-à-dire les coûts de l'absentéisme et des accidents de travail associés à la surconsommation de substances psychoactives. La responsabilité individuelle au niveau des pertes d'emploi et de la santé et sécurité au travail est alors mise en cause. Des changements d'attitude ou de comportements sont espérés.

«On veut renseigner et éduquer, mais on a un souci de productivité. On passe par le milieu pour atteindre l'individu ». (une responsable d'un centre de réadaptation)

À titre d'exemple, un organisme regroupant des gens d'affaires qui font de la lutte aux drogues une priorité, distribue un document dans les milieux de travail dans le but «d'aider à changer les attitudes des Canadiens face aux drogues prohibées et à l'abus d'alcool». La brochure convie les gens à approfondir leurs connaissances sur les effets physiologiques et psychologiques des substances, puis les invite à «se lancer activement dans la lutte contre ces fléaux»; «la victoire passe obligatoirement par un engagement de tous et chacun».

« On croit que si les gens sont bien informés, ils consommeront moins ou pas du tout. On attaque directement les comportements, le but ultime c'est d'arrêter de boire ». (une responsable d'un centre de réadaptation)

Des changements de mentalité au niveau des dirigeants d'entreprises sont aussi visés. Dans cet objectif se rejoignent des intervenants d'organismes fort différents qui considèrent néanmoins que l'attitude des dirigeants d'entreprise est primordiale.

« il faut amener la haute direction à réfléchir sur le problème, les faire admettre que ça existe, il faudrait même en arriver à ce qu'ils se rendent compte de leur propre déni ». (une coordonnatrice d'un regroupement).

« Dans ce domaine, il faut être stratégique. On commence par la sensibilisation et si on voit que les boss sont ouverts, on va vers le changement organisationnel comme la mise sur pied d'un P.A.E ». (un intervenant d'un organisme communautaire)

➤ **L'aménagement du milieu**

Dans une proportion beaucoup plus réduite, quelques syndicats et intervenants de programmes d'aide aux employés font référence aux interrelations entre les conditions de travail, l'organisation du travail et les habitudes de consommation. Des changements organisationnels et culturels sont alors envisagés.

« Il faut améliorer le climat de travail... c'est-à-dire la qualité de vie au travail, le rapport au travail et le sens du travail afin de soulager la personne d'une souffrance. Il faut augmenter la prise en charge du milieu et rendre les milieux autonomes ». (une intervenante de P.A.E. para-public)

« On veut rendre service aux membres, pour ça il faut modifier les contextes de travail. La frontière travail et hors-travail est floue. Le travail est le dernier milieu structuré et structurant pour l'individu ». (un responsable syndical)

1.2.2 Les modèles explicatifs de la surconsommation de substances psychoactives

Tableau 1.7 Les modèles explicatifs de la surconsommation de substances psychoactives

Modèles explicatifs	Répondants n = 29
- psychosocial	n = 19 (66%)
- bio-psycho-social	n = 7 (24%)
- médical	n = 2 (7%)
- psychologique	n = 1 (3%)
	n = 29 (100%)

Le modèle utilisé dépend de l'influence professionnelle. Dans une majorité des cas, les répondants s'inscrivent d'emblée dans une perspective psychosociale pour mettre sur pied des activités de prévention (66%). C'est le modèle auquel ils croient le plus. En effet, pour bon nombre, les problèmes d'alcool et de drogues peuvent s'expliquer à la fois par des facteurs individuels et contextuels. A titre d'exemple, les aspects psychologiques sont considérés au premier plan, suivis des aspects familiaux (i.e. antécédents familiaux de surconsommation). La référence au social demeure vague. Certains répondants mentionnent toutefois l'existence de conditions de travail difficiles qui peuvent être associées à une situation de surconsommation de substances psychoactives chez certains individus.

« L'approche préconisée est l'approche psychosociale car on tient compte du contexte. Pour nous, ce n'est pas une maladie. Le concept de maladie implique la non-responsabilité et, selon nous, la responsabilité c'est important, mais attention responsable ne veut pas dire coupable ».
(un intervenant dans un centre de réadaptation)

« Il n'y a pas de sociabilité, au contraire il y a une absence de communication, il y a de la tension, de l'insécurité, du bruit, des poussières ».
(un responsable syndical dans un P.A.E. conjoint, secteur privé)

Il a été mentionné précédemment que les répondants se réfèrent plutôt au modèle psychosocial. Toutefois le quart des répondants ont précisé endosser le modèle bio-psycho-social (24%) pour des considérations pratiques: pour avoir accès aux ressources médicales; pour faire reconnaître le problème sous l'angle de la maladie et pour faire bénéficier la personne de la couverture d'assurance et de protection qui y est associée. Les personnes sont ainsi mieux protégées par les lois et les articles de la convention.

« On envisage l'alcoolisme et la toxicomanie comme une maladie. On s'appuie sur des recherches dans le secteur médical et ça rejoint tout l'aspect légal dans l'entreprise ».
(une coordonnatrice d'un regroupement)

Dans les faits cependant, le modèle bio-psycho-social n'a pas encore été intégré dans les milieux puisque selon nos répondants, les services médicaux demeurent séparés des services psychologiques et sociaux dans les organisations. Les modèles systémiques seraient plutôt inexistantes, c'est-à-dire des modèles qui tenteraient d'envisager la complexité des phénomènes selon une combinaison de rapports multiples. Néanmoins, une répondante a mentionné l'existence d'une perspective originale qui permettrait peut-être de dépasser cette tendance à séparer les dimensions médicales et psychosociales, soit la psychodynamique du travail qui considère que ce ne sont pas tant les individus, ou le contexte, qui doivent être envisagés comme étant le problème, mais plutôt le rapport des individus à l'organisation du travail.

1.2.3 La cible des activités

Tableau 1.8 La cible des activités de prévention

Cible	Activités n = 80
- employés-famille	n= 32 (40%)
- employés	n = 30 (38%)
- groupes	n = 18 (22%)
	n = 80 (100%)

Les activités qui cherchent à rejoindre les employés et leur famille sont les plus fréquentes (40%). Compte tenu des difficultés à traiter directement de ces problèmes dans les organisations (en raison de la peur d'être identifié), bon nombre des activités sont dirigées vers le domicile des employés. Par exemple, on utilise souvent un dépliant glissé dans l'enveloppe de paie dans lequel on retrouvera des "mises en garde" (i.El on incitera les gens à la modération durant la période des vacances), le nom d'une personne-ressource et le type d'aide qui peut être apporté à la surconsommation.

«Souvent, l'employé va nier son problème. C'est donc par l'intermédiaire d'un membre de sa famille qu'il pourra obtenir de l'aide ».

(un intervenant du réseau communautaire)

Dans une proportion sensiblement la même, on retrouve les activités qui ciblent les employés eux-mêmes (38%). Ces activités s'adressent aux employés en général, et non pas à des individus, ou des groupes d'individus, considérés plus à risque d'abus de substances psychoactives. Les activités de type éducation sanitaire et marketing social sont offertes à tout le personnel, alors que les activités de formation (de type changement organisationnel) sont mises sur pied pour des groupes précis (des gestionnaires, des responsables d'unités de production, des aidants naturels, etc.). Des thématiques qui ne traitent pas directement de toxicomanie sont abordées, telles que le stress ou l'épuisement professionnel et sont offertes à l'ensemble des employés avec l'espoir que des liens soient faits avec une situation de surconsommation de substances psychoactives.

1.2.4 Les facteurs de risque ou déterminants de la santé qui sont ciblés par les activités

Tableau 1.9 Les facteurs de risque perçus ou déterminants de la santé ciblés par l'activité

Facteurs de risque ou déterminants de la santé	Activités n = 80
- la personne	n= 58 (72%)
- le milieu de travail	n = 12 (15%)
- facteurs multidimensionnels	n = 11 (13%)
	n = 80 (100%)

Les facteurs de risque individuels sont majoritairement ceux qui incitent les répondants à mettre sur pied des activités de prévention (72%). Selon cette optique, les facteurs individuels sont ceux qui concernent directement les personnes: leurs difficultés à s'adapter, à composer avec le stress, à vivre en groupe, etc. Les séances d'information (ou de sensibilisation) sont d'ailleurs conçues pour la plupart dans cet esprit. Toutefois, certains intervenants se disent mal à l'aise quand il s'agit d'intervenir auprès des personnes et de comprendre les problèmes dans leur globalité, car plusieurs considèrent que les facteurs de l'environnement sont aussi reliés (environnement de travail, environnement social), mais ils n'ont pas la possibilité d'intervenir à ce niveau. Les habitudes de vie sont plus faciles à cerner. Le but des activités de prévention est alors d'amener les gens à prendre conscience de certaines habitudes de consommation et d'y apporter des modifications le cas échéant.

«Par les conférences-midi, on veut sensibiliser les gens pour qu'ils se rendent compte qu'ils sont en train de développer un problème. On leur parle des différents types de consommation, que ce soit la consommation modérée ou à risque, ça permet aux gens de s'auto-évaluer ».
(une intervenante dans un P.A.E. para-public)

L'absentéisme, la mauvaise productivité et les accidents de travail sont également considérés par les répondants comme facteurs de risque associés aux habitudes de vie. Il nous apparaît toutefois important de signaler que les répondants ne partagent pas des définitions identiques des facteurs de risque et surtout qu'ils ne semblent pas informés de la littérature scientifique à ce sujet. En effet, les facteurs de risque rapportés sont plutôt de l'ordre de l'intuition, et parfois même des conséquences,

ce qui nous porte à penser que le transfert des connaissances en est à ses balbutiements dans ce domaine. Quant aux déterminants de la santé, les répondants ont bien du mal à les associer à leurs activités.

En somme, des répondants mentionnent l'importance des effets des conditions de travail sur la santé mentale des employés et l'urgence d'agir au niveau de certains facteurs tels le bruit, l'insécurité économique et la communication. À cet égard, ils mentionnent des difficultés à en démontrer le lien, et surtout à le faire accepter par les employeurs.

Un plus petit nombre d'activités de prévention font référence au milieu de travail lui-même (15%): soit aux conditions de travail, à la culture de travail ou à l'organisation du travail. La surconsommation de substances psychoactives est alors reliée aux symptômes de problèmes de santé mentale: stress, épuisement, surcharge, agressivité, dépression, troubles psychosomatiques, etc.

«C'est un phénomène de santé mentale relié à l'organisation du travail. La pression imposée par la chaîne de montage provoque des cas d'arythmie cardiaque. Je sens que les travailleurs sont dans un état voisin de la crise-panique. Il y a des gars qui consomment sur la job ».
(un responsable syndical dans un P.A.E. conjoint, secteur privé)

« La transformation des conditions de travail entraîne de plus en plus d'insécurité et d'isolement. Pour contrer ça, on a mis sur pied un réseau d'entraide ».
(une coordonnatrice syndicale d'un réseau de pairs, secteur public)

Des activités ciblent à la fois la personne, le milieu et les relations de travail, e.g. une pièce de théâtre. Cette façon de faire sous-tend la vision multi-factorielle des problèmes. Des intervenants ont dit souhaiter aborder la problématique de cette façon, mais déplorent le manque de moyens à leur portée.

1.2.5 La nature des activités

Tableau 1.10 La nature des activités de prévention

Nature des activités	Éducation sanitaire Communication Marketing social			Changement organisationnel Développement communautaire	Total n = 80
	Écrite	Verbale			
Bulletin d'information dépliants	11				n = 11 (14%)
Guides documentaires	4				n = 4 (5%)
Affiches	10				n = 10 (12%)
Kiosques d'information	7				n = 7 (9%)
Tests-questionnaires	1				n = 1 (1%)
Conférences		17			n = 17 (21%)
Rencontres- discussions		1			n = 1 (1%)
Présentation de vidéos		6			n = 6 (8%)
Pièces de théâtre + discussion		3			n = 3 (4%)
Formation				6	n = 6 (8%)
Ateliers éducatifs			7		n = 7 (9%)
Mise sur pied d'un comité A et T				1	n = 1 (1%)
Mise sur pied d'un P.A.E.				9	n = 2 (2%)
Mise sur pied d'un réseau de pairs				4	n = 4 (5%)
Total	n = 33(41%)	n = 27 (34%)	n = 7 (9%)	n = 13(16%)	n = 80 (100%)

Les activités de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé peuvent être regroupées selon deux catégories reliées aux méthodes d'intervention définies par Viens, Lebeau et Sirois (1996), soit: 1) l'éducation sanitaire, la communication et le marketing social regroupés ici sous l'item "éducation par l'information et la sensibilisation écrite ou verbale" (84%). et 2) le changement organisationnel et le développement communautaire (16%).

-> *La prévention par l'information et la sensibilisation écrite*

Cinq types d'activités différentes se retrouvent dans cette catégorie, par ordre de fréquence ou d'importance: les bulletins d'information et dépliants; les guides documentaires; les affiches; les kiosques d'information; les tests / questionnaires.

- **Les bulletins d'information** (14%) prennent diverses formes, mais la plus fréquente consiste en la parution d'articles dans un journal (ex: le journal de l'entreprise, le journal syndical). Les programmes d'aide aux employés publient régulièrement des chroniques dans le journal de l'entreprise, de même que les représentants syndicaux dans le journal syndical. De temps en temps des consultants et des groupes communautaires transmettent des informations qui sont reprises dans ces médiums d'information. Plus rarement, un bulletin spécifique est créé. C'est pourtant le cas d'une parution d'une organisation syndicale qui est publiée régulièrement depuis quelques années. On y retrouve des informations comme celles-ci: la négociation des programmes d'aide; la jurisprudence concernant l'alcoolisme et la toxicomanie; la position syndicale dans le débat sur l'organisation du travail et la santé mentale; des exemples de pistes d'action et de prévention; etc. En collaboration avec un regroupement d'entreprises qui se sont prononcées contre les drogues, une grande entreprise directement concernée par la sécurité du public publie régulièrement un bulletin en français et en anglais. Celui-ci est acheminé au domicile des employés. Ce bulletin traite de la nature des drogues et de leurs effets, (la marijuana, la cocaïne) et des liens entre le stress, l'alcool et la dépendance. Comme il a été fait mention précédemment, des capsules d'information rédigées par des firmes de consultants sont insérées dans les enveloppes de paie. Ces informations ont la particularité d'être courtes et invitent les gens à reconnaître les situations à risque et à demander de l'aide.
- **Les dépliants** sont utilisés pour transmettre une information rapide. On y retrouve des renseignements sur la prévalence, sur les motivations ou principes qui suscitent une intervention de la part de l'organisation, sur la démarche proposée, sur les ressources disponibles. Un des buts principaux visés par ce moyen est de faire connaître des services. Il est à noter que les dépliants qui se limitaient à présenter les services d'une firme de consultants ou d'un groupe communautaire n'ont pas été retenus dans cette étude, puisqu'ils ne visaient que des objectifs publicitaires.
- **Les guides et brochures** (5%) sont des ouvrages substantiels rédigés par des organismes gouvernementaux, par des entreprises, par des organisations syndicales, etc. On y retrouve une masse d'informations sur la nature des produits (les objectifs du document, la prévalence, une description physique et chimique de la substance et de ses effets, les symptômes du sevrage, les raisons qui incitent à consommer et surconsommer, les dangers liés à l'abus de drogues, les modes de consommation selon les âges. Dans le cas des guides d'intervention, on parlera de visions du problème, de l'approche qui guide l'intervention, des moyens d'action utilisés. Le réseau de distribution n'est pas le même que pour les dépliants et bulletins d'information. Ces documents aboutissent dans les mains des responsables de ressources humaines, de programmes d'aide, de réseaux d'entraide, qui eux, les donnent de main à main

aux employés. De temps en temps, lors de la semaine de prévention de la toxicomanie, par exemple, ces documents sont placés dans des kiosques d'information ou remis à des gens qui en font la demande. Ces outils font également partie des trousseaux remis aux participants lors des séances de formation.

Les affiches (12%) demeurent un médium important de sensibilisation utilisé en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Elles adressent un message précis et concis. Elles invitent à réfléchir sur une question ou sur un thème et incitent les gens à consulter, ou à avoir recours à une ressource. Certaines affiches ont fait l'objet d'une conception-design avancée: le message, l'image, la suggestion, la destination s'inscrivent à l'intérieur d'un programme plus large, ou encore comportent des éléments graphiques et artistiques élaborés. D'autres affiches sont faites avec les moyens usuels de l'organisation et sont formulées dans un langage courant. La philosophie de contenu, du moins pour les exemples retenus, oscille entre un message évocateur qui amène les gens à répondre eux-mêmes aux problématiques soulevées (ex: toxicomanies et familles); d'autres messages sont très directs et incitent fortement les gens à réagir. Les affiches sont généralement placées dans des lieux passants sur les sites de travail. A ce moment-là, les employés sont quasiment forcés de les voir, bien que les intervenants doutent de leur efficacité puisque les gens hésitent à les regarder. D'autres, au contraire, sont disposés dans des lieux où les gens auront la possibilité de les examiner à l'abri des regards curieux. Lors de la semaine de prévention, les affiches sont placardées un peu partout et sont parfois accompagnées d'invitations à se rendre à des séances d'information, des conférences, des ateliers de discussion.

Les kiosques d'information (9%) constituent un moyen pour offrir une visibilité à des problématiques qui la plupart du temps demeurent cachées. Ils supposent également une certaine reconnaissance organisationnelle du problème car il faut des autorisations pour pouvoir les tenir sur les lieux de travail. Les kiosques d'information sont installés à des moments précis: le plus souvent lors de la semaine de prévention de la toxicomanie, mais aussi lors de circonstances spécifiques tenues par les organisations (par exemple lors d'un congrès annuel, lors du lancement d'un programme d'aide, lors d'une conférence). Les documents présentés dans les kiosques serviront en quelque sorte de prétextes pour faire un premier contact, car ils sont animés par des personnes en mesure de fournir une information immédiate, de répondre à des questions délicates, ou d'amorcer une demande d'aide. Plus souvent, cependant, ce ne sont pas les personnes concernées qui visitent le kiosque, mais des proches (des membres de la famille, des compagnons ou compagnes de travail, des amis, etc.). Le matériel offert dans les kiosques comprend les informations décrites précédemment, les guides documentaires, et d'autres objets tels des épinglettes, des accessoires d'auto, des auto-collants.

Les tests / questionnaires: il est permis de s'interroger si ce genre de moyens constitue de la prévention. Si le test, ou le sondage, est un instrument qui fait appel à la volonté des employés d'y répondre ou non. et qu'en acceptant de le remplir, ils sont placés dans une démarche de réflexion qu'ils peuvent poursuivre, on peut en effet le relier à la prévention. En prenant conscience des risques associés aux indices et aux symptômes, cela peut permettre

à une personne d'agir avant que le problème s'aggrave. Par contre, si le questionnaire fait ressortir des indices, des symptômes, bref des éléments d'identification dont pourraient se servir d'autres personnes afin de porter un diagnostic, il ne remplit plus la fonction principale de faire réfléchir, et cela n'est plus de la prévention mais du dépistage. Le contexte compte aussi. Si c'est fait à l'intérieur de la semaine de prévention, et que le questionnaire est disposé de manière à ce que les personnes y répondent librement, il rejoint des objectifs de prévention.

-> ***La prévention par l'information et la sensibilisation verbale***

Dans cette catégorie d'activités, on retrouve: les conférences; les rencontres-discussions, les présentations de bandes-vidéos; les pièces de théâtre et les ateliers éducatifs.

- **Les conférences** sont les plus utilisées parmi les activités (21 %). et notre matériel indique que pour la moitié des cas, celles-ci portent sur un thème voisin de l'alcoolisme et des toxicomanies, par exemple le contrôle des émotions, et traitent par la bande les comportements reliés à la surconsommation de substances psychoactives. Devant la difficulté à aborder directement cette problématique, plusieurs répondants insistent sur la nécessité d'élargir vers la santé mentale pour englober d'autres manifestations (stress, épuisement professionnel, violence, etc.) Des intervenants ont souvent eu des expériences désagréables en abordant la question de la toxicomanie trop directement, comme par exemple se retrouver avec des salles vides. Pour l'autre moitié des cas, on se sert des conférences pour faire état des statistiques et de l'ampleur du problème dans l'entreprise. On a alors recours à des experts. Par exemple, on fait appel à un chercheur pour parler des risques associés à l'alcool et aux drogues, des modes de consommation, de la culture de consommation, ou encore on demande quelqu'un qui a des connaissances spécifiques en toxicomanie. Il est question aussi dans ces conférences des approches disciplinaires et théoriques pour en comprendre le sens, de même que les modes d'intervention actuels ou à venir. De temps en temps, la formule du témoignage accompagne la conférence, comme pour donner un visage plus humain aux problèmes soulevés. Si l'on en juge d'après les réponses obtenues, il semble toutefois que la formule du témoignage soit moins utilisée que par le passé. Il faut considérer cette information avec prudence, mais il s'agit peut-être d'une tendance à moins recourir aux réseaux de personnes réadaptées.
- **Les rencontres-discussions** sont plutôt rares, mais elles méritent d'être traitées. Des tentatives ont été mentionnées pour organiser dans des milieux de travail des rencontres qui permettent une discussion de fond. Par exemple, deux membres d'un réseau d'entraide ont joint leurs efforts pour amener un groupe de jeunes et un groupe de salariés dans un milieu de travail afin qu'ils puissent discuter des modes de consommation, des conditions de vie et de travail en général. Des obstacles levés par l'employeur ont empêché de répéter l'expérience, pourtant jugée fort intéressante de l'avis des participants.

Des responsables syndicaux ont mentionné qu'il était dans leurs intentions de tenir des collectifs de discussion autour de ces questions. Ils constatent les limites de moyens telle

l'information-sensibilisation, et surtout que cette façon de faire ne permet pas de vaincre les tabous, les peurs, les préjugés et l'isolement dans lequel se retrouvent les personnes. Par collectifs de discussion, ils entendent des regroupements naturels d'employés (une unité de travail, un département, un corps de métier, etc.) qui discutent autour d'une thématique reliée à la santé mentale. Ces collectifs seraient animés par des membres du réseau d'entraide.

- Une activité de prévention est employée régulièrement: il s'agit de la projection de **bandes-vidéos**. Les responsables syndicaux et les professionnels de P. A. E. s'en servent régulièrement. Un guide d'animation accompagne souvent ces visionnements afin de susciter une discussion et une prise de conscience.
- Une nouvelle activité est actuellement utilisée. Il s'agit de la présentation d'une **pièce de théâtre** montée par une troupe spécialisée dans le domaine des thématiques sociales. Cette activité originale fournit l'occasion de transmettre une information, mais surtout provoque une réflexion et une discussion parmi les spectateurs.
- La formule des **ateliers éducatifs** se situe entre la conférence et la formation en tant que telle. Ces ateliers sont dispensés sur demande ou de façon systématique à tout le personnel. Des thèmes sont touchés tels la gestion du stress, la motivation, l'alcoolisme et la toxicomanie, les conflits inter-personnels, les thérapies. Cette activité est offerte à l'ensemble des salariés, souvent durant les heures de travail. Cette formule touche un grand nombre de personnes puisque l'employeur libère tout son personnel. A titre d'exemple, une grande entreprise a permis que 2, 930 travailleurs reçoivent une formation sur l'alcoolisme et la toxicomanie donnée par le syndicat et le réseau d'entraide. En outre, il leur a été possible d'étendre cette formation aux 110 superviseurs. Cette activité fait partie d'une entente négociée par le syndicat et l'employeur. La prévention et l'éducation étaient visées par cette activité. Dans un autre cas, un programme d'aide aux employés d'une organisation parapublique tient des ateliers de groupe sur le thème du stress au travail. Les responsables souhaitent que les gens puissent apprendre à se protéger contre les effets du stress. Dans cet exemple, la dynamique «conditions de travail-styles de gestion-stress» est présente. Pour les deux exemples donnés ici, la présence aux ateliers est quasi obligatoire puisque les salariés sont libérés. Une répondante notait toutefois la lourdeur du climat qui est parfois présente lors de ces séances: l'anxiété était élevée et les gens demeuraient sur la défensive; elle a déclaré souhaiter que la participation soit plus volontaire.

-> Le changement organisationnel et le développement communautaire

Comme le disent Viens, Lebeau et Sirois (1996, p. 15), «le changement organisationnel est une méthode d'intervention qui consiste en des mesures et des programmes visant à modifier des structures, des modalités de fonctionnement et des mentalités dans le but de renforcer l'équilibre de la santé et du bien-être des membres d'une organisation donnée (ex.: famille, école, milieu de travail)». Le développement communautaire, quant à lui, appuie la base vers un changement, ou agit comme catalyseur pour susciter l'organisation communautaire lorsqu'elle est manquante. Dans cet esprit, les activités d'organisation et de développement énumérées ci-dessous ne peuvent pas être

considérées comme des activités de prévention, selon la définition adoptée au début de notre recherche, mais elles s'inscrivent dans le cadre de la prévention de la toxicomanie ou de promotion de la santé, en ce sens elles favorisent la tenue d'activités de prévention primaire. La formation, la mise sur pied de comités, de programmes d'aide aux employés, ou de réseaux d'entraide s'inscrivent dans cette perspective et ont été retenues pour illustrer ce qui se fait présentement.

- **Les activités de formation aux personnes-ressources** sont dispensées aux délégués syndicaux, aux membres des réseaux d'entraide, aux responsables de ressources humaines, à la direction de départements, aux superviseurs, et aux intervenants dans les programmes d'aide aux employés. Elles visent des objectifs précis. Dans le cas des personnes-ressources syndicales, il s'agit d'une formation à la relation d'aide (écoute, référence, suivi), à l'analyse de problématiques reliées à la santé mentale, et à l'action syndicale. Dans le cas des gestionnaires, la formation vise à transmettre des connaissances factuelles; puis des façons de gérer les problèmes, tant au niveau de ce qu'il est convenu d'appeler les «risques» que les cas disciplinaires. La formation des intervenants traite, entre autres, des modes de consommation et des ressources disponibles. En somme, si l'on en juge par les documents qui nous ont été transmis par les répondants, la formation vise à la fois la compréhension des problématiques, l'action ou l'intervention et les interactions avec les ressources. On insiste sur la nécessité de développer des habiletés relationnelles et des habiletés de supervision. Pour avoir une meilleure idée des contenus, il faudrait toutefois procéder à des analyses plus approfondies. Il convient néanmoins de noter l'existence d'imposants documents didactiques qui accompagnent les sessions de formation et qui demeurent en la possession des intervenants comme documents de référence. Dans un autre ordre d'idées, le nombre de personnes touchées par la formation est assez impressionnant. Si l'on se réfère à la formation syndicale, par exemple, il y a environ 2000 travailleurs et travailleuses qui ont reçu une formation de base depuis une dizaine d'années, répartis dans environ 1000 milieux de travail au Québec. Nous n'avons pas les données pour faire état de la fréquentation de la formation au niveau des gestionnaires, mais à titre d'exemple, ceux-ci reçoivent de la part d'un regroupement d'entreprises une formation d'une journée par année durant trois ans.
- **La mise sur pied d'une structure** constitue un moyen préventif qui vise le changement sur une grande échelle et à long terme. On peut noter certaines caractéristiques associées à ces activités. Il semble que la mise sur pied d'une structure coïncide avec l'émergence d'une prise en charge du milieu. La collaboration de divers acteurs organisationnels permet une plus grande solidité du projet et la permanence des ressources. Une fois mis en place, la structure permet l'organisation d'activités de prévention plus soutenues et qui se répètent dans le temps. Nous en traiterons plus longuement dans une section ultérieure, car nous ferons la distinction entre ce qui est de l'ordre des projets et des programmes.

1.3 Évaluation des activités de prévention

Dans cette section, on retrouve le type d'évaluation des activités réalisées dans les organisations, puis les conditions de réussite, suivies des difficultés et obstacles rencontrés. Les recommandations des répondants quant à la mise sur pied d'activités de prévention seront également mentionnées.

Tableau 1.11 Type d'évaluation des activités de prévention

Type d'évaluation	Activités n = 80
- évaluation verbale	n = 40 (50%)
- aucune évaluation	n = 28 (35%)
- questionnaire-maison	n = 12 (15%)

1.3.1 Le type d'évaluation des activités

On constate ici que l'évaluation réfère davantage à des formes d'appréciation que les intervenants reçoivent au terme des activités qu'à des études ou recherches évaluatives. La moitié des activités sont évaluées régulièrement de façon verbale (50%). Par exemple, après les séances d'information ou de formation, les participants sont invités à commenter l'activité (ce qu'ils ont aimé, ce qu'ils ont retenu, leurs suggestions, etc.). Dans l'ensemble, les participants se montrent satisfaits des activités. C'est surtout à la suite de la parution d'un article, ou la tenue d'une conférence, ou encore une activité plutôt exceptionnelle que des commentaires sont recueillis. Ils permettent aux intervenants de vérifier le niveau d'intérêt et le degré d'accueil de l'information. Les répondants disent avoir régulièrement du "feed-back" de vive voix. Les employés préfèrent ce moyen pour exprimer à quel point ils ont été touchés, ou encore formuler une demande d'aide qui résulte de l'activité de promotion.

Assez souvent, cependant, aucune évaluation n'est faite (35%). À cet égard, les répondants estiment qu'il serait trop coûteux de faire appel à des experts, compte tenu des sommes que cela représenterait eu égard aux budgets dont ils disposent.

Des questionnaires-maison (15%) sont parfois employés et fournissent une appréciation quantitative et qualitative sur l'activité.

Les responsables des P.A.E. font, quant à eux, des rapports réguliers mais qui ne se limitent pas aux activités de prévention. Dans ces rapports, seules des informations quantitatives apparaissent (le nombre d'activités, les taux de présence, etc.).

1.3.2 Les conditions de réussite des activités

Tableau 1.12 Conditions de réussite des activités selon les répondants

Conditions de réussite	Répondants n = 29
mesures facilitantes (accessibilité-disponibilité)	n = 12 (41%)
climat de collaboration et d'implication des partenaires	n = 10 (35%)
réponse aux besoins du milieu	n = 7 (24%)
	n = 29 (100%)

Les conditions susceptibles de favoriser la réussite des activités sont variées, d'après nos répondants. Nous les avons regroupées en trois catégories: les mesures facilitantes (accessibilité, disponibilité); le climat de collaboration et d'implication des partenaires; la nécessité de répondre aux besoins du milieu.

Selon les répondants, les activités sont mieux réussies lorsque des **mesures facilitantes** sont apportées (41%). Par exemple, lorsque les salariés sont libérés durant les heures de travail, les taux de présence sont évidemment très élevés. À titre d'exemple, un employeur d'une entreprise du secteur de l'alimentation a permis que les travailleurs affectés à trois horaires de travail différents assistent à la projection d'une bande-vidéo suivie d'une discussion. De nombreuses demandes d'aide ont été adressées au représentant du réseau d'entraide par la suite, ce qui a nécessité la formation d'un deuxième délégué. Quelques grandes entreprises privées et organisations para-publiques investissent de fortes sommes dans l'organisation de ces activités. Par exemple, des milliers de salariés sont libérés pour y participer, sans compter les coûts que représentent la tenue en elle-même des activités: les locaux, les équipements, les salaires des responsables. Les répondants considèrent que lorsque l'employeur renouvelle fréquemment cette mesure, cela permet que les activités de prévention soient plus soutenues dans le temps.

Au-delà des moyens et des stratégies, il semble tout de même que les conditions de réussite résident au niveau du **climat de collaboration** entourant l'exercice des activités (35%). Les répondants insistent sur la nécessité que l'employeur, le syndicat, les intervenants des programmes d'aide et ceux du réseau d'entraide collaborent afin de créer une ambiance qui

donne confiance aux gens. Les programmes conjoints et la reconnaissance des acteurs constituent des moyens importants pour y arriver, selon des répondants. Cela implique que des ententes soient prises et qu'elles soient intégrées dans le fonctionnement des structures. Cet esprit de collaboration doit trouver sa concrétisation également au niveau des relations de travail,

"Avant, il y avait une guerre entre la compagnie et le syndicat, maintenant que les deux ont accepté de collaborer sur cette question, ça a permis aux intervenants d'entrer dans l'action. On a pu aller dans le milieu et rassurer les gens sur le fait que c'était nous qui allions prendre ça en main ».

(un responsable syndical dans un P.A.E. conjoint, secteur privé)

Parmi les conditions de réussite, le fait d'effectuer une analyse de besoin de façon préalable apparaît nécessaire (24%). **Répondre aux besoins du milieu**, coller à la réalité des gens, aller chercher les gens dans ce qui les touche, etc. sont quelques exemples donnés pour illustrer les propos des répondants. Certains intervenants font des sondages auprès du personnel; d'autres consultent des centres de recherche pour prendre connaissance des besoins exprimés par les entreprises.

« Il faut prendre le temps de travailler à petites doses. Il faut bien regarder le milieu, la culture organisationnelle, ce qui s'est fait avant, les besoins ».

(une professionnelle dans un P.A.E. para-public)

1.3.3 Les difficultés et obstacles rencontrés

Malgré l'impression que cette étude donne jusqu'à maintenant qu'il se fait des activités en matière de prévention, l'ampleur des difficultés à tenir ces actions de prévention est importante, et doit être considérée.

À l'analyse des résultats, il nous apparaît que deux catégories regroupent l'ensemble des difficultés et obstacles rencontrés: le refus des organisations de reconnaître la consommation de substances psychoactives comme une priorité; le fait de ne pas retenir la prévention comme stratégie d'intervention prioritaire.

La résistance des organisations à reconnaître cette problématique se vérifie à deux niveaux: par un manque d'intérêt et de soutien que nous avons interprété comme étant une forme de déni; par la persistance de peurs, tabous, préjugés, menaces qui caractérisent toujours le rapport à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

-> *Le refus de reconnaître la consommation de substances psychoactives comme une priorité*

Même lorsque les programmes semblent soutenus et structurés, les répondants nous disent que leur survie est toujours menacée et leurs conditions de pratique souvent précaires. C'est encore plus vrai quand il s'agit de faire des activités de prévention reliées à la consommation

de substances psychoactives. Ils attribuent cette situation au fait que cette problématique n'est pas vue comme une priorité dans leur milieu. Ils donnent comme exemple qu'il faille recommencer sans cesse à convaincre les directions de la pertinence de faire des activités de prévention liées à cette problématique (et dans certains cas, on fait autant référence aux directions syndicales que patronales). Les expressions «**manque d'intérêt, peu de soutien et impuissance**» sont souvent utilisées.

« Ce n'est pas vu comme quelque chose de prioritaire. Le côté patronal, le côté syndical n'arrêtent pas de me dire "que ça peut attendre". Je suis toujours obligé de revenir à la charge. Pourtant, à voir les gars aller, moi je trouve que la situation est proche de la crise-panique et de la névrose collective ».

(un responsable syndical dans un P.A.E. conjoint, secteur privé)

« Des fois, les résistances viennent du patron, parce que lui-même a un problème, c'est fréquent... »

(un intervenant dans un groupe communautaire)

« En milieu de travail, convaincre la direction de l'existence d'un problème, c'est quelque chose ». (un professionnel dans un P.A.E. para-public)

Des répondants expliquent la résistance à faire de la prévention comme ceci: ils constatent un **déni majeur** de la problématique de surconsommation d'alcool et de drogues dans les organisations. Selon leur expérience, certains employeurs ont tendance à référer rapidement les cas à des spécialistes pour que les problèmes "soient réglés". Des répondants s'en prennent à cette "pensée magique" des employeurs qui laisse croire que ce genre de problèmes doit se gérer ou se régler rapidement. D'autres intervenants estiment, au contraire, que les employeurs ne prennent pas assez leurs responsabilités lorsque vient le temps de régler les problèmes par la discipline. Les programmes sont eux-mêmes pris en otage dans ce débat contradictoire, car la menace est toujours présente de les faire disparaître. En outre, certains répondants estiment que les programmes d'aide sont victimes d'un effet pervers: ils offrent des services aux salariés, en même temps que les entreprises s'en prennent à la qualité de vie des salariés. Ils parlent de "nananne empoisonnée". Des répondants se sentent coincés entre ces logiques sur lesquelles ils détiennent bien peu de pouvoir et sont inquiets quant à l'avenir de leur programme.

Les employés aussi participent à ce déni, selon eux, car c'est comme s'il y avait une incapacité collective à parler de ces problèmes, une sorte de pudeur qui en empêche l'expression. Les gens concernés continuent de prétendre bien sûr qu'ils n'ont pas de problèmes, mais il existerait une sorte de blocage qui empêche de mettre de l'avant quelque activité que ce soit qui susciterait la confiance.

Les termes «**peurs, tabous, préjugés**» reviennent constamment dans le discours des répondants pour appuyer le fait que les activités de prévention orientées directement sur la

toxicomanie ne réussissent pas à attirer les participants. Ils évoquent la peur des gens d'être identifiés, d'être étiquetés.

«Il ne faut jamais laisser croire qu'on cible du monde, sinon ça ne marchera pas. On met des affiches même dans les tunnels pour permettre aux gens de les lire, car ils ont peur de se faire voir en train de lire ou de prendre un dépliant ».

(une professionnelle dans un P.A.E. privé)

Les conditions dans lesquelles se déroulent les activités de prévention sont souvent peu propices. Même si elles ont lieu durant les heures de travail, cela ne garantit pas leur efficacité, au contraire. Des répondants ont mentionné comment les conférences étaient "bousillées" certains midis lorsque des salariés s'étaient donné le mot pour empêcher les gens de parler ou d'écouter. D'autres ont fait ressortir le caractère menaçant de ces rencontres, lorsqu'il est évident que les propos des participants risquent d'être portés aux oreilles de la direction.

-> *Le refus de retenir la prévention comme une stratégie d'intervention prioritaire*

La plupart des répondants estiment que l'intervention (ou la relation d'aide) est prioritaire dans les services offerts et, par conséquent, la prévention est vue comme quelque chose de marginal, voire inexistant, dans les programmes d'action. Selon plusieurs répondants, la prévention ne constitue pas une demande ni de la part des employeurs, ni de la part des employés. Même lorsque des activités concrètes de prévention sont proposées, les employeurs ne les retiennent pas, ou encore les employés ne participent pas. En outre, la prévention n'a pas le même sens pour tous. Pour plusieurs responsables contactés, la prévention équivaut à du dépistage. Dans ce cas, ils se disent prêts à mettre en place une série de mesures pour prévenir les problèmes, en visant directement les individus concernés. En fait, nous avons constaté que bien peu de répondants sont réellement renseignés sur les formes de prévention primaire.

Il n'existe pas de soutien financier qui permet d'articuler des programmes de prévention structurés et efficaces. Cependant, des intervenants constatent que des sommes importantes sont consenties à des firmes de consultants, tandis que les services internes sont de plus en plus menacés. Dans ce contexte, faire de la prévention apparaît périlleux pour des intervenants qui doivent démontrer la pertinence et l'efficacité de leur intervention. En effet, les résultats escomptés de la prévention sont tellement à long terme qu'il est plus facile de s'en tenir à l'intervention, compte tenu des moyens à la disposition des intervenants. Des employeurs veulent voir des résultats concrets, tandis que les retombées de la prévention ne sont pas tangibles.

Des obstacles concrets sont aussi parfois présents: l'interdiction d'afficher de l'information sur les murs des entreprises; la nécessité de devoir constamment justifier auprès de la direction la pertinence de faire de la prévention; devoir composer avec les moyens du bord, au risque de faire échouer l'activité (par exemple, tenir une conférence durant l'heure du dîner parmi les allées et venues des gens).

2. Synthèse

Comme nous l'avons mentionné dans notre introduction, le mandat qui nous a été confié par Le Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie était de faire un inventaire partiel des activités de prévention/promotion réalisées dans différents milieux de travail.

Pour constituer notre échantillon final d'activités, nous nous sommes appuyées sur les définitions de promotion de la santé et de prévention de Viens, Lebeau et Sirois (1996). Les activités retenues représentent celles de différents genres d'organisations. Dans une première phase de sélection, 50 intervenants d'organisations différentes ont déclaré offrir des activités de prévention. Cependant, seulement 29 organisations avaient des activités de prévention correspondant à la définition retenue. Celle-ci comprend la prévention comme *des interventions proactives sur les facteurs de risques prédisposants et les facteurs de risque précipitants*. Les grands résultats mentionnés dans cette synthèse touchent donc 29 organisations et 80 activités et reflètent essentiellement la pratique générale dans les organisations sélectionnées.

Sur le plan méthodologique, une grille d'analyse des informations a été élaborée. Elle comprend des questions ouvertes et fermées qui portent sur des informations clés relatives aux interventions préventives et promotionnelles, aux milieux d'intervention et aux intervenants/es, aux conditions de réussite et aux obstacles rencontrés.

Nous présentons les résultats ici, sous forme abrégée:

2.1 Les résultats liés aux interventions préventives et promotionnelles

Les activités d'information et de sensibilisation dominent parmi les activités réalisées. Les intervenants privilégient ici les brochures, les dépliants, les conférences, les affiches, les kiosques. Elles ne présentent pas de continuité comme telle et répondent à des demandes ponctuelles qui ont tendance à se répéter d'un milieu à l'autre. L'activité récurrente est la semaine de prévention de la toxicomanie.

Les objectifs sont centrés sur la responsabilisation de l'individu. Les promoteurs des activités ciblent plus fréquemment des facteurs de risque relatifs à la personne. Ces activités sont axées sur le développement des compétences. Bien peu touchent à l'environnement organisationnel, même s'ils sont plusieurs à déclarer que les conditions de travail, la culture de travail et l'organisation du travail semblent reliées à la consommation de substances psychoactives. Différents modèles explicatifs du phénomène de la toxicomanie ont été recensés. Toutefois, c'est le modèle psychosocial qui domine actuellement. Les promoteurs d'activités semblent avoir peu recours à la littérature scientifique pour prioriser les activités développées dans leur milieu. La priorisation et la pertinence sont basées sur des analyses de besoins-maisons ou sur des sondages effectués par des centres de recherche pour connaître les besoins des employés.

Les activités de prévention répertoriées s'adressent surtout aux employés en général, des hommes et des femmes de tous les groupes d'âge, et à leur famille. Il est intéressant de constater que des

intervenants ont accordé une place à la famille et qu'un organisme communautaire tient compte de la spécificité du genre dans la problématique de la toxicomanie.

En général, les activités n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, c'est-à-dire d'une évaluation effectuée à partir d'un devis d'évaluation scientifique. Il est clair que les intervenants ne disposent pas de moyens financiers leur permettant de le faire de cette façon. Toutefois il est remarquable de constater qu'une majorité (65%) des intervenants se préoccupent de l'évaluation de leurs activités.

-> Des réalisations spécifiques

Parmi les réalisations recensées, il nous semble important de distinguer à l'instar de Viens, Lebeau et Sirois (1996), ce qui est de l'ordre des activités ponctuelles que nous venons de traiter, des **Projets** regroupant des activités planifiées en regard d'objectifs précis mais limitées dans le temps, et d'autres mieux structurées qui sont appelées des **Programmes**. Ces derniers comportent une continuité, une cohérence dans le contenu et sont conçus dans une optique de concertation entre les divers intervenants et organismes impliqués. De plus, elles sont évaluées de façon sérieuse.

Les projets

Sous cette rubrique, on peut classer plusieurs activités récurrentes organisées par les intervenants des P.A.E., qui ne disposent pas toutefois d'un support ou d'une structure dans le milieu sur lesquels s'appuyer pour effectuer des changements à divers niveaux.

Les intervenants ont chacun leur vision des problèmes, leurs définitions des concepts, leur modèle de pratique, etc. La cohérence se construit à partir de l'appartenance disciplinaire ou de la nature de la fonction (les psychologues appliquent leurs modèles, les gestionnaires ont leurs préoccupations, etc.).

Ils ont recours à des experts (des conférenciers, des consultants, des universitaires, afin de traiter de thématiques diverses: gestion du stress, épuisement professionnel, syndrome du survivant, etc.). La problématique "substances psychoactives" est souvent mise de côté en raison des difficultés à rejoindre les gens.

La concertation semble également réduite, si l'on en juge sur la manière d'intervenir. Il peut y avoir collaboration entre des intervenants de divers secteurs (public, para-public, communautaire, privé, etc.) mais les activités se réalisent à un niveau horizontal (un intervenant qui en appelle un autre, et non pas des organisations structurées en partenariat).

Les programmes

D'après les critères de Viens, Lebeau et Sirois (1996), les possibilités de retrouver des Programmes se rétrécissent, car peu d'organisations les rencontrent, sauf deux que nous présenterons brièvement, compte tenu des informations dont nous disposons. Pour faire état de

leur spécificité, nous aurons besoin de rompre avec l'anonymat que nous avons respecté depuis le début. Les Programmes retenus sont:

- le Réseau des délégués sociaux de la F.T.Q.;
- le Conseil pour une entreprise sans drogues.

- *Le Réseau des délégués sociaux de la F. T. Q.*

Continuité: les activités du Réseau des délégués sociaux de la F.T.Q. se tiennent dans plusieurs milieux de travail de façon régulière et récurrente depuis plus d'une quinzaine d'années. L'ampleur et l'étendue du réseau d'entraide permet de croire que de plus en plus de milieux de travail seront à même de profiter des connaissances et de l'expérience accumulées jusqu'à maintenant. En fait, si l'on reprend la liste des activités repérées dans cette enquête, le Réseau des délégués sociaux les réalisent entièrement. Bien entendu, cela ne veut pas dire que tous les milieux de travail sont rejoints de façon égale, mais il existe une possibilité théorique et pratique de le faire.

Cohérence dans le contenu: l'objectif du programme est la mise sur pied d'un réseau d'entraide en milieu de travail qui favorise la compréhension et la solidarité pour venir en aide aux membres et à leurs proches. Le guide d'intervention, les documents didactiques utilisés lors de la formation des délégués sociaux, le bulletin d'information, les dépliants, les affiches, le vidéo et les autres moyens mis à la disposition des délégués sociaux confirment une cohérence de contenu qui se retrouve d'un document à l'autre.

Concertation: les délégués sociaux peuvent avoir accès à des personnes-ressources, tant dans leur syndicat que dans les structures de la F.T.Q. Des professionnels des P.A.E. agissent aussi en concertation avec eux et participent à la mise en place de pratiques spécifiques. Par ailleurs, des programmes conjoints sont négociés par les syndicats et les employeurs et intégrés à l'intérieur de la convention collective. Les délégués sociaux sont alors reconnus et les activités peuvent se tenir de façon plus structurée et régulière. L'employeur contribue alors de diverses manières, le soutien financier n'étant pas le moindre. Finalement, l'organisme Centraide apporte un soutien financier et organisationnel, tant au Réseau de délégués sociaux qu'aux organismes communautaires avec lesquels ils ont développé des affinités. Les délégués sociaux ont fréquemment recours aux ressources du secteur public et para-public de la santé.

Évaluation: sans faire l'objet d'une évaluation systématique, ce programme a été étudié par Rhéaume (1996) et a fait l'objet d'un chapitre de livre (Sylvestre et Rhéaume, 1994).

* *Le Conseil pour une entreprise sans drogues*

Continuité: un ensemble d'activités sont offertes dans les milieux de travail par ce regroupement d'entreprises (activités de sensibilisation, centre d'expertise, apprentissage coopératif, produits et services adaptés aux besoins des entreprises). Un bulletin

d'information est produit régulièrement. Des activités spécifiques sont offertes telles la *Filière Parents*, la *Politique-cadre. Guide pour la PME* et mise sur pied d'un *Programme d'aide aux employés*.

Cohérence dans le contenu: les objectifs et valeurs qui animent ce mouvement sont clairement établies et se retrouvent dans la documentation: «changer les attitudes face aux drogues prohibées et faire en sorte que leur consommation ne soit plus tolérée en société; sa mission est de promouvoir les meilleures pratiques favorisant un milieu de travail sans alcool ni drogues».

Concertation: le *Conseil pour une entreprise sans drogues* comprend plusieurs grandes entreprises privées et sociétés de la Couronne parmi ses membres; il est en mesure de rejoindre ainsi des dizaines de milliers de salariés. Son conseil d'administration est composé de dirigeants représentant des grandes entreprises.

Évaluation: à notre connaissance, ce programme n'a pas été évalué.

2.2 Les résultats liés aux milieux d'intervention

La principale raison qui plaide en faveur de faire de la prévention dans les milieux de travail est l'ampleur perçue du phénomène de toxicomanie. Trois intervenants sur quatre expriment que l'abus de substances psychotropes constituent un problème majeur dans leur organisation. Même s'ils ne disposent pas de données chiffrées, plusieurs observations permettent d'appuyer leur affirmation.

Bon nombre d'intervenants accordent une grande importance à la prévention mais considèrent que c'est une activité marginale dans leurs tâches. Ils déclarent que ce n'est pas une tâche intégrée à leur quotidien professionnel.

Dans la plupart des organisations, des activités de prévention centrées sur la toxicomanie sont difficiles à réaliser. Les activités sont développées sous le couvert de la santé mentale. La peur d'être identifié en participant à des activités centrées sur la toxicomanie revient constamment dans le discours des intervenants.

Les entreprises, les syndicats et Centraide sont les principaux bailleurs de fonds pour les activités de prévention en toxicomanie dans les milieux de travail.

2.3 Les résultats liés aux intervenants

Il est intéressant de constater que les promoteurs d'activités de prévention proviennent le plus fréquemment de programmes conjoints. Une des forces de l'expertise dans ce cas, est le travail en partenariat entre des professionnels et des aidants naturels. On note une présence presque aussi importante des professionnels (48%) que des aidants naturels (41%) dans le domaine de la prévention. D'autre part, plusieurs intervenants proviennent des syndicats qui ont formé un réseau d'entraide structuré susceptible de rejoindre un grand nombre de milieux de travail.

2.4 Les résultats liés aux conditions de réussite et aux obstacles

Libérer les employés durant les heures de travail est une mesure concrète souvent mentionnée pour augmenter la participation des employés aux activités de prévention. Toutefois, cela ne garantirait pas une participation véritable puisque dans certains cas les gens demeurent sur la défensive.

Une démarche concertée entre les différentes instances (employeur, syndicat, intervenants des P.A.E.) et intégrée dans les structures semble aussi nécessaire. Il demeure toutefois que la tenue de ces activités est fragile, car elles sont souvent prises en otage lorsque le contexte de relations de travail devient difficile.

Effectuer une analyse du milieu paraît être un préalable, mais elle se fait souvent avec les moyens du bord.

Deux obstacles majeurs confrontent les intervenants dans les organisations: le refus de reconnaître la consommation de substances comme une priorité et le refus de faire de la prévention une priorité.

En somme, le triple déni dont nous parlions au début (le déni des organisations, des intervenants, des consommateurs) est présent lorsque vient le temps de faire de la prévention. Les directions hésitent entre la nécessité d'agir de façon efficace et rentable, et la décision d'investir à plus long terme. C'est souvent la première option qui est favorisée et les interventions curatives se succèdent. Les intervenants sont plus à l'aise dans la relation d'aide, la prévention leur paraît accessoire, bien qu'ils y croient généralement. Selon les répondants, les consommateurs de substances psychoactives se réfugient dans l'anonymat et il existe une sorte d'incapacité collective à parler de ces problèmes dans leur globalité.

Conclusion

À l'exception des milieux de travail qui bénéficient d'une structure qui leur permet d'organiser des actions de prévention (certains programmes conjoints négociés, réseaux d'entraide), les activités de prévention continues sont plutôt rares et éparpillées. Et encore là, la prévention primaire est peu développée si on la compare avec la prévention secondaire, mais cela s'explique. Ce ne sont pas tant les organisations, ni les intervenants qu'il faut blâmer, mais plutôt le manque de modèles promotionnels et de prévention sur lesquels s'appuyer pour développer des actions plus soutenues. La prévention se fait à l'heure actuelle de façon trop individuelle. La concertation semble également réduite, bien qu'il soit possible, si la tendance se maintient, qu'un modèle de collaboration entre les professionnels de P.A.E. et les représentants de réseaux d'entraide puisse se dessiner. Il n'existe pas non plus de partenariat véritable entre les ressources qui structurent les actions dans le temps et dans l'espace. Les ressources du réseau de la santé, par exemple, sont peu intégrées dans ce qui se fait présentement. Le fait qu'il n'y ait pas non plus de décision gouvernementale qui fasse du milieu de travail un lieu privilégié de prévention entraîne un éparpillement des initiatives. À cela s'ajoute l'isolement de certains intervenants ayant chacun leur vision des problèmes, leurs définitions des concepts, leur modèle de pratique, etc. La cohérence semble se construire à partir de l'appartenance disciplinaire ou de la nature de la fonction.

Aux termes de cette recherche, plusieurs questions et commentaires relatifs à la prévention émergent. L'abus de substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments) demeure une préoccupation importante pour les milieux de travail. Il existe diverses façons de conceptualiser le problème et d'intervenir. On sait toutefois peu de choses sur les rapports dynamiques sur lesquels se fonde la connaissance des intervenants lorsqu'ils mettent en place des mesures d'intervention et de prévention. Par exemple, comment les intervenants des milieux de travail définissent-ils le problème de l'abus des substances psychoactives? Comment se représentent-ils le contexte de travail dans lequel s'inscrivent les comportements d'abus, et, par conséquent, comment sont-ils guidés dans leurs stratégies de prévention?

Il nous a semblé que les intervenants rencontrent des contraintes et des obstacles lorsqu'il est question de faire de la prévention. Quel est le sens de cette résistance? La prévention est souvent référée aux "experts". Les intervenants invités (conférenciers, spécialistes, consultants, etc.) sont-ils sélectionnés en vue de réaliser un plan d'action précis, ou le sont-ils en fonction des "modes" qui se présentent (gestion du stress, épuisement professionnel, syndrome du survivant, etc.)? La problématique "substances psychoactives" est souvent mise de côté en raison des difficultés évoquées à rejoindre les gens. Comment est-il possible de traiter ces questions fort délicates dans un contexte où le déni fait partie d'une idéologie défensive extrêmement difficile à traverser?

Il semble y avoir une sorte de valse-hésitation entre la nécessité de prévenir et l'absence de modèle satisfaisant. Il ne semble pas non plus y avoir de consensus social sur la manière de comprendre la problématique de la toxicomanie, ni sur l'ampleur du problème. La question de savoir s'il s'agit d'un problème d'une importante ampleur, ou d'une ampleur plutôt marginale, ne semble pas être résolue? Les statistiques et la réalité sont-elles conformes? Des commentaires reçus des participants incitent

à croire que la prévalence varie beaucoup d'un milieu à l'autre. De quelle nature seraient ces différences?

Une telle étude exploratoire ne permet pas d'apporter des réponses aux questions que nous venons de soulever, ni de répondre aux commentaires apportés. Il faut les poursuivre à travers des recherches qui s'intéresseront à les documenter.

Nous terminerons en émettant deux recommandations:

1^{ère} recommandation:

Etant donné le peu d'activités de prévention structurées, dans les milieux de travail, nous recommandons la **conception d'un outil de prévention** qui permettrait de tenir compte des différentes visions et pratiques des intervenants impliqués dans la problématique (e.g. professionnels, aidants naturels, gestionnaires) et de rejoindre un grand nombre de milieux de travail, selon une formule de partenariat entre les organismes communautaires, le réseau public et les entreprises privées.

2^e recommandation:

Par ailleurs, comme plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'on sait peu de choses sur la situation réelle dans les milieux de travail, et encore moins sur la façon de prévenir la surconsommation en lien avec la culture de travail, il nous apparaît pertinent de recommander que des **études qualitatives** soient effectuées auprès de certaines organisations pour connaître:

- les modes de consommation des substances psychoactives, et leur contexte culturel;
- la nature des activités de travail, le rapport à l'organisation du travail, et les interrelations avec les effets psychosociaux;
- la nature des activités en termes d'intervention, de prévention, etc.;
- leur niveau d'efficacité.

Pour ce faire, 4 types d'organisations se distinguent dans le portrait de la prévention en milieu de travail:

- des P.A.E. chapeautés par un programme-conjoint dans de grandes entreprises privées;
- des réseaux d'entraide dans des organisations privées, para-publiques ou péri-publiques;
- des organismes communautaires offrant des services aux entreprises;
- des firmes de consultants.

Références bibliographiques

- Ames, G. M. (1989). Alcohol-related Movements and their Effects on Drinking Policies in the American Place: An Historical Review. *Journal of Drug Issues*, Vol. 19, 489-510.
- Ames, G. M. et Craig, J.R. (1987). "Heavy and Problem Drinking in an American Blue-Collar Population: Implications for Prévention", *Social Science Medicine*, Vol. 25, No. 8, 949-960.
- Blanchet L., Laurendeau M-C. Et Saucier J-F. (1993). *La promotion et la prévention en santé mentale: préparer l'avenir*. Le comité de la santé mentale du Québec. Gaétan Morin, Éditeur.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Cameron, S., Fréchette, L., Eindsay, J., Beaudoin, G. et Hébert, J. (1996). *Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leur famille: portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite*. Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences, École de Service social.
- Conrad, P., Walsh, Hapman D.C. (1992). "The New Corporate Health Ethic: Lifestyle and the Social Control of Work", *International Journal of Health Services*, Vol. 22, No. 1, 104.
- Cook, R.F., Back, A. et Trudeau, J. (1996). "Substance Abuse Prevention in the Workplace: Recent Findings and an Expanded Conceptual Model", *Journal of Primary Prevention*, Vol. 16, No. 3, 319-339.
- Durand P., Brossard, B., Marquis S. et Pépin, L.G. (1995). "La promotion de la santé en milieu de travail: besoins des entreprises et facteurs d'implantation", *Le travail et son milieu*, sous la direction de R. Bourque et G. Trudeau, PUM.
- Guyon L. (1996). *Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes*, MSSS.
- Hartwell, T.D., Steele, P.O. French, M.T. et Rodman, N.F. (1996). "Aiding Troubled Employees: the Prevalence, Cost and Characteristics of Employee Assistance Programs in the United States", *American Journal of Public Health*, Vol. 86, No. 6, 804-808.
- Heller, D. et Robinson, E.A.. (1994). "L'abus toxicomaniaque chez les travailleurs, guide de gestion des problèmes de l'abus toxicomaniaque, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies", Ottawa.
- Klingemann, H. (1995). Health promotion in the Work-Place-beyond an Ethnocentric Perspective, *Addiction*, Vol. 90, 877-881.
- Maranda, M.F. (1997). "Individualisation des stratégies de défense: le cas de travailleurs d'une usine de pâtes et papiers", *Recherches sociographiques*, Vol. XXXVIII, No. 1, 35-49.

- Maranda, M.F., Morissette, P. et De Montigny, M.J. (1997). "Alcoolisme et toxicomanie en milieu de travail", Relevé de la documentation, Équipe Impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec.
- Mercer LTD (1990), dans Heller et Robinson (1994). L'abus toxicomane chez les travailleurs, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa.
- National Institute on Drug Abuse (1991). *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1990*. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M. D. (1994). "Prevalence of Alcohol and other Drug Use on the Job: Cause for Concern or Irrational Hysteria", *The Journal of Drug Issues*, Vol. 24, No. 3, 403-416.
- Pransky, J. (1991). *Prevention: The Critical Need*. Burrell Foundation & Paradigm press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Agency (1993). *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1991*. Rockville, MD: Substance abuse and Mental health Services Administration.
- Single, E. et al. (1996). *The Costs of Substance Abuse in Canada*, Ottawa: Canadian Center on Substance abuse.
- Stoltzfus, J.A. et Benson P.L. (1994). "The 3M Alcohol and other Drug Prevention Program: Description and Evaluation", *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 15, No.2, 147-159.
- Sylvestre, J. et Rhéaume, J. (1994). "L'intervention en milieu de travail: des programmes d'aide aux réseaux d'entraide". *L'usage des drogues et la toxicomanie*, sous la direction de P. Brisson, Gaétan Morin éd., 371-389.
- Viens, C., Lebeau et A., Sirois G. (1996). "Description des contenus et promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique", Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Annexe I

Repérage des organisations offrant des activités: phase de sélection, critères et cueillette de données

Phase 1: Phase d'exploration des organisations² n=405

recension à partir des répertoires, des centres de références bibliographiques ou d'informateurs-clés dans la province de Québec susceptibles d'offrir des activités de prévention en milieu de travail.

Phase 2: Phase de sélection des organisations les plus susceptibles d'offrir des activités de prévention/promotion en milieu de travail n = 112 organisations

- sélection à partir d'indices provenant de références bibliographiques ou d'informateurs-clés et laissant supposer l'existence d'activités de prévention; considérations, dans la sélection, de la diversité des organisations.

Phase 3: Phase de sélection des organisations offrant des activités de prévention

46 entretiens non-structures (sans questionnaire) d'une durée approximative de 15 minutes;
51 entretiens brefs (ne dépassant pas 5 minutes);
8 organisations n'ont pu être rejointes;
7 questionnaires ont été expédiés.

- a) **organisations déclarant offrir des activités de prévention n=50 organisations**
- b) **organisations offrant des activités de prévention correspondant à la définition retenue n=29 organisations ou intervenants**

Phase 4: cueillette de données

22 entrevues téléphoniques d'une durée approximative de 30 minutes;
7 questionnaires auto-administrés complétés.

2. Le terme organisations fait référence à l'ensemble des organismes publics, privés, parapublics, communautaires, les centres de réadaptation, les firmes de consultants, les CLSC et les régies régionales.

Annexe II

Repérage des activités de prévention: phase de sélection, critères et cueillette de données

Phase 1: Phase de sélection des activités

- a) activités répertoriées à partir des 46 organisations déclarant offrir des activités de prévention n=130 organisations**

activités de prévention actuelles (1992-1997).

- b) activités de prévention correspondant à la définition retenue n=80 activités**

Phase 2: Phase de cueillette de données

22 entrevues téléphoniques d'une durée approximative de 30 minutes;
7 questionnaires auto-administrés complétés.

Annexe III

Documents complémentaires

- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1996). "Répertoire des ressources en toxicomanie du Québec", 1050 p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1996). " Répertoire des programmes d'aide aux employés ", 222 p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1996). "Toxicomanie et Santé Mentale ", Actes du XXIVe colloque, 27 au 30 octobre, 342 p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1995). " Avec les toxicomanes: aide ou contrôle ? ", Actes du XXIIIe colloque, 22 au 25 octobre, 379 p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1994). " Famille et toxicomanie: jeunes et parents, où en sommes-nous ? ", Actes du XXIVe colloque, 23 au 26 octobre, 329p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1993). " Qualité des services et des intervenants en toxicomanie ", Actes du XXIe colloque, 24 au 27 octobre, 466 p.
- Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec. (1992). " Carrefour québécois en prévention des toxicomanies ", Actes du XXe colloque, 25 au 28 octobre, 416p.
- Brisson, P. (1996). "Répertoire des outils de prévention des toxicomanies". Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 249 p.
- Brisson, P. (1994). " L'usage des drogues et la toxicomanie, volume II, Gaétan Morin éditeur, 549p.
- Brisson, P. (1988). " L'usage des drogues et la toxicomanie", sous la direction de P. Brisson, Gaétan Morin éditeur, 501 p.
- Charest, H. et Chenard C. (1994). "Femmes et consommation: agir plutôt que réagir dans les milieux de travail, guide d'animation (ELIXIR), Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 192 p.
- Gouvernement du Québec. (1996-97). " Répertoire descriptif de la santé et des services sociaux au Québec, sous la direction de Denis Turcotte (CLSC Ahuntsic), Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec dans le monde, 198 p.
- Gouvernement du Québec. (1996). " Répertoire des services communautaires du Grand Montréal", Centre de référence du Grand Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 629 p.

- Gouvernement du Québec. (1996). "Répertoire des municipalités du Québec. Publications du Québec, 885 p.
- Gouvernement du Québec. (1997). "Répertoire téléphonique du gouvernement du Québec, Les publications du Québec, 562 p.
- Gouvernement du Québec. (1996). "Liste des Directions des Ressources-Humaines des Ministères et organismes du gouvernement du Québec", Direction régionale Québec-Chaudière-Appalaches, Communication Québec.
- Gouvernement du Québec. (1993). "Répertoire des bibliothèques gouvernementales du Québec" Québec, 115p.
- Lebeau, A., Viens, C. et Sirois, G. (1996). " Inventaire et analyse critique des programmes et projets en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies ainsi qu'en intervention précoce de 1ère ligne dans les régions sociosanitaires du Québec ", Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, Ministère de la Santé et des services Sociaux, Québec, 99 p.
- Réhaume, J. (1993). " Travail et santé mentales: une analyse des programmes d'aide aux employés (P.A.E.), Département des communications. Université du Québec à Montréal, 124p. "
- Roman, P. (1990). "Alcohol Problem Intervention in the Workplace, EAP and Strategic Alternatives, Paul Roman editor, 413p.
- Tremblay, R. (1996). "Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des adultes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues met en situation de risque: cahier de participation. Direction de la formation et de l'adaptation de la main-d'œuvre, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 149 p.

Annexe IV

Grille de repérage

Informations générales

- Quel est le nom de l'entreprise ?

- L'activité a-t-elle été réalisée à l'intérieur d'une industrie, d'un organisme public, parapublic, privé ou communautaire, etc. ?

- Quelles sont les coordonnées de l'informateur-clé (nom, # de téléphone, fonction, etc.) ?

- Quels sont les objectifs généraux de l'activité ?

- Quelles sont les activités qui ont été réalisées ou mises en place (bulletins, semaine de la toxicomanie, affiches, etc.) ?

- Quelles sont les populations ou les clientèles ciblées par l'activité de prévention ?

- Quelles sont les substances ciblées par l'activité de prévention ?

- Quelle est la durée de l'activité ?

- L'activité a-t-elle été évaluée par l'organisme ?

Annexe V

Questionnaire

Activités de prévention en milieu de travail en alcoolisme et toxicomanie

I Informations générales

1- Avez-vous réalisé des activités de prévention en milieu de travail dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies au cours des cinq dernières années?

- a) oui b) non

2- a) Si oui, à quelle période ces activités ont-elles eu lieu (année, mois)? _____

2- b) Si non, pourriez-vous nous donner le nom d'organisations ou d'entreprises qui ont organisé des activités de prévention intéressantes (ou originales) en alcoolisme et toxicomanie? _____

II L'entreprise hôte de l'activité

1- Donnez le nom si possible de l'entreprise (ou des entreprises) où ces activités ont eu lieu?

2- Dans quel genre d'entreprise ces activités ont-elles eu lieu?

- a) entreprise publique c) entreprise parapublique
b) entreprise privée d) entreprise communautaire e) autre: _____

3- Quels sont les initiateurs de l'activité?

- a) partie patronale c) professionnel/un P.A.
b) délégués syndicaux d) consultant externe e) autre: _____

4- Quelles sont les raisons qui ont motivé le choix de l'activité?

- a) demande de employés c) expérience des intervenants
b) expériences antérieures d) ampleur du problème e) autre: _____

5- Quel(s) mode(s) de financements ont été utilisés pour financer l'activité ?

6- Quels sont les objectifs spécifiques de l'activité? _____

7- Quelles sont les cibles de l'activité?

- a) employés c) conjoint / te c) parents
b) famille d) pairs f) environnement g) autre: _____

8- Quelle est la durée des activités (mois) et la fréquence à laquelle ces activités ont eu lieu?

9- Quelles sont les caractéristiques des intervenants (formation, expérience, engagement dans le projet, etc.)? _____

IV L'évaluation

1- Quel type d'évaluation a été effectuée pour cette / ces activités?

- a) recherche évaluative c) évaluation verbale
b) questionnaire-maison d) autre: _____

2- Quels sont les résultats de cette évaluation? _____

3- Quelles sont les conditions qui ont favorisé la réussite de l'activité?

- a) intégration à une journée ou à une semaine de travail
b) accessibilité du lieu de l'activité
c) ressources disponibles
d) autre: _____

4- Quels sont les obstacles, difficultés ou résistances rencontrées? _____

5- Quelles sont les recommandations que vous feriez aux personnes qui voudraient mettre sur pied une activité semblable? -----

6- Pouvez-vous nous donner le nom d'autres entreprises qui ont organisé des activités de prévention intéressantes (ou originales) en alcoolisme et toxicomanie? -----
