le cnam

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire

Centre de Recherche sur le Travail et le Développement

THÈSE

présentée par :

Gladys LUTZ

soutenue le : **24 avril 2017**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline : Psychologie, psychologie clinique, psychologie sociale / Spécialité : Psychologie

Interrelations entre l'activité de travail et l'usage de psychotropes : approches traditionnelles et perspective en clinique du travail

THÈSE dirigée par :

Madame LHUILIER Dominique, Professeure émérite en psychologie du travail, Cnam Paris

PRÉSIDENT :

Monsieur SARNIN Philippe, Professeur de psychologie du travail et des organisations, Université Lumière Lyon 2

RAPPORTEURS :

Madame ALMUDEVER Brigitte, Professeure de psychologie sociale du travail et des organisations, Université Toulouse-Jean Jaurès

Monsieur VALLÉRY Gérard, Professeur de psychologie du travail et d'ergonomie, Université de Picardie-Jules Verne

---

JURY :

Madame PRÉAU Marie, Professeure de psychologie sociale de la santé, Université Lumière Lyon 2

Monsieur HAUTEFEUILLE Michel (Membre excusé), Psychiatre-Addictologue, Praticien hospitalier, Centre médical Marmottan, Paris

« L'usage du « nous » renvoie clairement ici à la dette que nous devons à autrui. »

Niewiadomski, C. (2012). Recherche biographique et clinique narrative, p.30

« Un même comportement n'a pas le même sens selon qu'il s'articule à une stratégie sophistiquée de lutte pour la santé ou selon qu'il s'inscrit dans un syndrome de décompensation psychopathologique. (...) Dans un cas la consommation d'alcool est un moyen puissant, efficace et idoine de lutte pour faire face aux contraintes du travail sans devenir fou. Dans l'autre cas, la consommation d'alcool révèle au contraire le débordement des défenses psychonévrotiques, signe de précarité de l'économie psychosomatique et contribue à détériorer l'état mental et somatique du patient. Comment savoir si cette conduite s'inscrit dans l'une des dynamiques ou dans l'autre ? Il n'y a malheureusement pas de moyen de faire la discrimination, de l'extérieur. Seuls le sujet, individuellement, ou les travailleurs, collectivement, peuvent nous donner la bonne direction à suivre pour l'interprétation. A conditions toutefois que le clinicien soit en état d'entendre. Pour cela, il faut non seulement qu'il se garde de tout jugement (...), mais il faut aussi qu'il suspende son savoir, ses connaissances et ses présupposés. Non pas qu'il renonce à ces dernières, et les abandonne, mais bien au contraire, qu'il les mette en attente pour écouter la parole du « sujet du travail » ».

Dejours, C. (2010). Observations cliniques en psychopathologies du travail, p. 27-28

Remerciements

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier Dominique Lhuilier pour avoir dirigé ma recherche. Au long cours, son soutien exigeant et bienveillant m'a permis de saisir l'intérêt et la rigueur de la clinique du travail et de conduire cette thèse jusqu'à son terme. Sa direction reste un apprentissage fondateur et un honneur.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Lhuilier, directrice scientifique de l'étude Prevdrog-Pro, ainsi qu'à Renaud Crespin pour m'avoir permis de travailler à leurs cotés sur ce projet. Je les remercie vivement pour leur confiance et pour la richesse des activités de recherche partagées et de nos échanges scientifiques qui, tous, ont largement nourri mes savoirs, mon analyse et mon envie de continuer à faire de la recherche.

Je remercie les membres du jury de cette thèse, Brigitte Almudever**,** Michel Hautefeuille, Marie Préau, Philippe Sarnin et Gérard Valléry**,** qui me font l'honneur d'évaluer ce travail.

J'exprime toute ma gratitude à chacun des Sujets-travailleurs, fonctionnaires, employés, cadres, dirigeants, médecins du travail, préventeurs, etc., qui nous a fait confiance en acceptant de participer aux situations d'étude présentées dans cette thèse et de répondre à mes questions. Mon travail n'aurait pas existé sans le leur. J'espère que cette thèse leur « parlera » autant qu'ils m'ont « parlé ». J'adresse des remerciements tout particuliers à Jacquie Ralison, Christian Escafre, Pascale Soulard, Mathilde Samson, Frédérique Yonnet, Valérie Jimenez, Laurence Arguillère et Laurence Emin.

Je remercie aussi vivement Emmanuelle Mougne, relectrice indispensable de cette thèse. Elle a été l'éclaireuse de mon travail d'écriture et de ses indicibles freins.

Un grand merci à mes collègues du Cnam et d'outre océan qui, chacun à leur manière, toujours avec bienveillance, m'ont soutenue dans ma recherche et m'ont permis de la conduire à son terme, Marie-France Maranda, Maria-Elizabeth Antunes, Lydia Martin, Sébastien Ladreyt, Claudine Schalck, Anne-Lise Ulmann et Lucie Compan.

Je remercie également et vivement Myriam Natali, ma compagne. L'écriture de cette thèse a été un travail éminemment solitaire et tout aussi collectif. Le sens et la respiration de ce manuscrit se sont nourris aux jonctions multiples de nos deux mondes.

Je dédicace cette thèse à mes enfants, Sinclair, Florian et Jérémie Lutz, jeunes hommes aujourd'hui. Ils ont construit leurs chemins étroitement mêlés à celui de cette recherche et l'ont largement portée en retour. J'espère que ce travail laissera autant de traces fécondes dans leurs vies que de souvenirs d'absences et de défaillances.

En conclusion de ces remerciements, je tiens à honorer la mémoire de Pierre Thon, ergonome du Cnam, directeur de l'Agence Midi-Pyrénées pour l'amélioration des conditions de travail et soutien discret et fidèle, avec Bedra Bedr, de mes tâtonnements d'ergonome passée par les drogues pour comprendre le travail et ceux qui le font.

Résumé

Les professionnels consomment des drogues. Ils recourent aux effets calmants, stimulants, sociaux, hédoniques, etc., de l'alcool, du tabac, du café, des dérivés morphiniques, des benzodiazépines, du cannabis, etc., pour des raisons privées et pour travailler ou se remettre des effets de leur travail. Comment savoir si ces conduites s'initient et s'entretiennent dans l'une ou l'autre des sphères d'activités, si elles constituent des pratiques bénéfiques ou des risques ? Comment les entreprises agissent-elles sur ces consommations ?

Cette thèse s'intéresse à ces questions complexes. A partir d'une revue de littérature et d'un dispositif de recherche-action clinique, elle contribue à la connaissance, du point de vue des acteurs, des interrelations entre l'activité, les psychotropes et la prévention. Elle montre l'existence d'usages multiples, irréductibles à l'idée de maladie ou de danger.

Être professionnel peut nécessiter de trouver de l'énergie sans limite et de remédier aux manquements de la gestion. La pharmacochimie peut y contribuer. Elle s'inscrit dans des dynamiques de renormalisation pour produire et rester employable malgré les tensions entre défis de l'entreprise (productivité, intensification, flexibilité, etc.) et ressources collectives pour les soutenir. Notre recherche montre que la prévention officielle vise à préserver les normes de la gestion et à y conformer les travailleurs plus qu'à transformer les risques du travail. La prévention dite « des addictions » s'inscrit dans cette logique. Elle rabat l'action sur le cadre médico juridique, cible certains usages et en masque d'autres. Elle organise l'ignorance sur ce que nous proposons d'appeler les « fonctions professionnelles » de la drogue et sur le rôle de l'organisation du travail dans son recours.

Les chiffres sur les troubles de santé des actifs et sur leurs consommations de psychotropes imposent de renouveler le management. L'ambivalence de la drogue n'est pas une difficulté en soit, c'est l'impossibilité de l'analyser qui pose problème. Nous observons que dans le cadre d'une action centrée sur l'activité, les professionnels élaborent une nouvelle compréhension de leur utilisation de produits, de ce qu'ils font pour travailler et de ce qui leur arrive. Ils initient des transformations. Nous proposons de déplacer l'analyse de la maladie et du risque vers l'activité et le système social du recours aux drogues. Il s'agit d'établir une prévention officielle des usages de psychotropes qui permette de comprendre leurs bénéfices pour l'organisation du travail et d'agir dessus. La santé dépend de la possibilité d'une parole vivante sur l'activité et de la qualité du répondant des dirigeants et des médecins du travail.

Mots clefs : activité, usage de psychotropes, analyse du travail, clinique du travail, régulation, normes du travail, prévention des risques professionnels, santé au travail

Résumé en anglais

Professionals use drugs. They resort to the calming, stimulating, social, hedonistic effects of alcohol, tobacco, coffee, morphine derivatives, benzodiazepines, cannabis, etc., for private reasons and to work or recover from Effects of their work. How do we know if these behaviors are initiated and maintained in one or other of the spheres of activity, if they constitute beneficial practices or risks ? How do companies act on these consumptions ?

This Phd thesis deals with these complex issues. Based on a literature review and a clinical Action-research, it contributes to the knowledge, from the point of view of the actors, of the interrelations between activity, psychotropics and prevention. It shows the existence of multiple uses, irreducible to the idea of disease or danger.

Being a professional can require unlimited energy and to remedy management failures. Pharmacological products can contribute to this. It is part of the dynamics of renormalization to produce and remain employable in spite of the tensions between the challenges of the company (productivity, intensification, flexibility, etc.) and collective resources to support them. Our research shows that formal prevention aims to preserve management standards and to conform the workers rather than to transform labor risks. Prevention called "without addictions" is part of this logic. It reduces the action on the legal and médical framework, targets certain uses and masks others. It organizes ignorance of what we propose to call the "occupational functions" of psychotropics and the role of the organization of labor in its recourse. The figures on the health problems of the workers and on their consumption of psychotropics require that management be renewed. The ambivalence of psychotropics is not a problem in itself, it is the impossibility of analyzing it that poses a problem. We observe that when they talk about their occupationnal activies and their health, professionals develop a new understanding of their use of products, what they do to work and what happens to them. They initiate transformations. We propose removing the analysis of disease and risk to the activity and social system of psychotropic products use. The aim is to establish an official prevention of the use of psychotropics wich allows to understand their benefits for the organization of work and to transform them. Health depends on the possibility of a free speech on the activity and the quality of the leaders' respondent.

Keywords : Activity, use of psychotropics, regulation, standards of work, labor analysis, clinic of work

Table des matières

Table des matières 7
Liste des tableaux et des figures 13
Liste des annexes 14
Introduction générale 15
Première partie : Le cadre théorique de l'étude 25
Chapitre 1. L'activité de travail 26
1.1 Le travail humain 26
1.1.1 Déclinaisons langagières 26
1.1.2 Approches compréhensives du travail 28
1.2 L'analyse du travail 31
1.2.1 Travail prescrit et travail réel 33
1.2.2 Ce qui se passe entre les deux : remaniement et renormalisation 34
1.3 L'activité 36
1.3.1 L'activité selon les ergodisciplines 36
1.3.1.1 Le travail complexifié du coté de la subjectivité 36
1.3.1.2 L'activité réelle 38
1.3.1.3 La théorie du système des activités 40
1.3.2 Organisation et régulation des activités 41
1.3.2.1 L'organisation du travail 41
1.3.2.2 La régulation 43
1.3.2.3 Effets et limites de la régulation 45
Conclusion 48
Chapitre 2. La santé des travailleurs 49
2.1 La santé 49
2.1.1 Données générales en santé au travail 49
2.1.2 Définitions et perspectives 51
2.1.2.1 La santé comme norme sociale 51
2.1.2.2 La santé comme production de normes 53
2.1.3 Les liens santé et travail 53
2.1.3.1 Perspectives réductionnistes 54

2.1.3.2 Perspectives compréhensives 55
2.1.4 La normalité souffrante 58
2.1.4.1 La souffrance au cœur du réel 58
2.1.4.2 Sens moral et souffrance 60
2.2 Les stratégies de santé des travailleurs 62
2.2.1 La stratégie 62
2.2.1.1 La certitude de l'incertitude 62
2.2.1.2 L'intelligence de la situation 63
2.2.2 Les stratégies de défense 64
2.2.2.1 Se défendre contre la souffrance 64
2.2.2.1 Les stratégies collectives 65
2.2.3 L'hyperactivité de travail 66
2.2.3.1 Se dépenser sans compter 67
2.2.3.2 Hyperactivité, surcompensation et risque 68
Conclusion 71
Chapitre 3. L'usage de psychotropes (drogues) 73
3.1 Les produits psychoactifs en France 73
3.1.1 Les chiffres 73
3.1.1.1 En population générale 73
3.1.1.2 En milieu professionnel 75
3.1.2 Définitions 76
3.1.2.1 Les psychotropes 76
3.1.2.2 La drogue 77
3.1.2.3 La dangerosité des psychotropes 79
3.1.3 Les produits répertoriés dans notre étude 80
3.1.4 Histoire et valeurs sociales des produits consommés en France 81
3.1.4.1 Des substances précieuses aux produits industriels 81
3.1.4.2 Café et caféine 83
3.1.4.3 Alcool 84
3.3.1.4 Tabac 86
3.1.4.5 Cannabis 88
3.1.4.6 Opium, morphine et héroïne 90
3.1.4.7 Cocaïne 91
3.1.4.8 Médicaments psychotropes 93

3.1.4.9 Le cas particulier des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) 95
3.2 L'usage de psychotropes 96
3.2.1 Définitions 96
3.2.1.1 L'usage et le trouble de l'usage de drogue selon le DSM-5 96
3.2.1.2 L'usage de drogue selon l'approche compréhensive 97
3.2.2 Les effets et les fonctions des psychotropes 98
3.2.2.1 Les effets de base 98
3.2.2.2 Les fonctions des consommations 100
3.2.3 Usage multiple mais toujours social et fonctionnel 101
3.2.3.1 L'usage de psychotropes comme pratique psychosociale 102
3.3.3.2 L'usage de psychotropes comme pratique fonctionnelle 103
3.3 Les liens entre le travail et les usages de psychotropes 105
Conclusion 107
Seconde partie : L'étude 109
Chapitre 1. Méthodologie et terrains d'étude 110
1.1 La problématique de l'étude 110
1.1.1 Enjeux et objectifs 110
1.1.1.1 Les enjeux 110
1.1.1.2 Objectifs et caractère novateur de l'étude 112
1.1.2 Hypothèses et axes d'investigation 113
1.1.2.1 Les hypothèses 113
1.1.2.2 Les axes d'investigation 115
1.2 La méthodologie 117
1.2.1 La revue de littérature 117
1.2.2.1 Étude des écrits scientifiques 118
1.2.2.2 Étude des synthèses techniques, rapports et guides professionnels 119
1.2.2 Une recherche-action clinique 120
1.2.2.1 Qu'est-ce qu'une recherche-action ? 120
1.2.2.2 Les entretiens semi-directifs de recherche 123
1.2.2.3 Les activités participantes de recherche 126
1.2.3 L'analyse des entretiens et des activités participantes 127
1.2.3.1 Analyser les activités de travail et d'usage de psychotropes 127
1.2.3.2 Analyser les activités de prévention ciblant les usages de psychotropes 129
1.3 Les sujets et les terrains de notre étude 130

1.3.1 Une pluralité de sujets et de terrains 130
1.3.1.1 Un choix scientifique 130
1.3.1.2 Population d'étude 130
1.3.2 Une grande entreprise aéroportuaire 132
1.3.2.1 Présentation de l'entreprise 133
1.3.2.2 La recherche-action 135
1.3.3 Une PME du transport routier 142
1.3.3.1 Présentation de la PME 142
1.3.3.2 La recherche-action 144
1.3.4 Un établissement de santé et de soin en addictologie 146
1.3.4.1 Présentation de l'établissement de soin 146
1.3.4.2 La recherche-action 148
1.3.5 Une fédération du champ de l'addictologie 150
1.3.5.1 Présentation de la fédération 150
1.3.5.2 La recherche-action 152
1.3.6 Les sujets hors partenariat 153
Chapitre 2. Analyse de la revue de littérature 159
2.1 Le système de normes du travail contemporain 160
2.1.1 La centralité de la gestion et de la productivité 160
2.1.1.1 La gestion 160
2.1.1.2 La productivité 163
2.1.1.3 La norme 164
2.1.2 Essai de caractérisation de la gestion comme système de normes et de tensions interreliées 165
2.1.2.1 Flexibilité et précarisation 167
2.1.2.2 Qualité totale et déni collectif 169
2.1.2.3 Intensification du travail et hyperactivité 171
2.1.2.4 Autonomie (individualisation des responsabilités) et souffrance 173
2.1.2.5 Gestion par les compétences et isolement 175
2.1.3 Le système de prévention des risques et de santé au travail 177
2.1.3.1 Un principe juridique : adaptation du travail et préservation de soi 177
2.1.3.2 Un principe de fait : adaptation de soi et préservation des normes 180
2.2 Domination du paradigme addictologique 182
2.2.1 De la notion d'addiction au paradigme addictologique 182

2.2.2 Politiques publiques sur les drogues 185
2.2.2.1 Les années 80 et 90 : de la lutte anti drogue aux addictions 185
2.2.2.2 Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et leur sens social..... 186
2.2.2.3 Les années 2000 : du paradigme des addictions à celui de la réduction des risques 187
2.2.3 Étiquetage et stigmatisation du drogué et de l'alcoolique..... 189
2.3 Problématisations des liens entre les usages de psychotropes et le travail 192
2.3.1 Les paradigmes de l'addiction, de la dangerosité et de l'intoxication 192
2.3.2 Les connaissances sur les liens entre le travail et l'usage de drogues..... 195
2.3.2.1 Du point de vue de l'épidémiologie 196
2.3.2.1 Du point de vue du travail réel 198
2.3.3 La catégorie du « dopage professionnel »..... 201
2.4 La prévention des conduites addictives en milieu professionnel 204
2.4.2 L'action publique sur les drogues en milieu professionnel..... 204
2.4.2.1 Le choix de l'approche « addiction et travail »..... 204
2.4.2.2 La politique « addiction et travail » 206
2.4.3 Cadrage juridique, concepts et recommandations institutionnelles 208
2.4.3.1 Le cadre juridique..... 208
2.4.3.2 La gestion des risques 210
2.4.3.3 Dépistage et repérage précoce..... 212
Conclusion..... 215
Chapitre 3. Analyse des données issues des terrains..... 217
3.1 L'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi 217
3.1.1 Effets et fonctions de l'usage de psychotropes 218
3.1.2 L'usage de drogue comme système d'activités..... 225
3.2 Rôle de l'organisation du travail et du management..... 240
3.3 Les activités de prévention et leurs effets sur le travail et l'usage de drogues 250
3.4 Transformations initiées par la recherche 267
3.4.1 Fonctions et intérêts de la recherche-action clinique sur nos activités et le sens de notre recherche 267
3.4.2 Fonctions et intérêts de l'approche clinique sur les activités et le sens du travail de nos interlocuteurs..... 271
Conclusion..... 276

Troisième partie : Discussion et perspectives 277
Chapitre 1. L'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi 279
1.1 L'usage de psychotrope : des activités, des effets, des expertises et des systèmes sociaux 279
1.2 Les fonctions professionnelles du recours aux psychotropes 281
1.3 Usage de psychotropes : ressource et poison de l'adaptation 283
Chapitre 2. La prévention officielle : un système d'action au service de la gestion 288
2.1 Des rapports de force qui usent la santé des travailleurs 288
2.2 Prévenir les addictions dans les entreprises : individualiser les responsabilités 291
2. 3 Le paradigme addictologique ou le dialogue empêché 294
2.4 L'apport de la clinique du travail : revenir aux fondamentaux, l'activité et la subjectivité 299
Conclusion générale 303
Bibliographie 309
Sites web consultés 339
Annexes 341

Liste des tableaux et des figures

Figure 1 : Sens et nature de l'analyse des récits et des discussions sur les usages de psychotropes……..……..……..……..…..…..128

Figure 2 : Sens et nature de l'analyse des récits et des discussions sur la prévention des usages de psychotropes…….……..……...…..…129

Tableau 1 : Les membres du groupe ressource alcool n°1……..……..…….….137

Tableau 2 : Les membres du groupe ressource alcool n°2…..……..…..138

Tableau 3 : Synthèse des entretiens conduits dans l'entreprise aéroportuaire……....140

Tableau 4 : Les membres du groupe prévention addiction participant à l'étude……145

Tableau 5 : Synthèse des entretiens conduits à Entreprise du transport routier……..146

Tableau 6 : Entretiens conduits avec des patients de l'établissement de soin……149

Tableau 7 : Entretiens conduits avec des membres de l'équipe thérapeutique de l'établissement de soin…….……...149

Tableau 8 : Synthèse des entretiens conduits dans l'établissement de soin……....149

Tableau 9 : Les membres du groupe « Monde du travail » de la Fédération addiction……..153

Tableau 10 : Entretiens individuels hors partenariat……..……..……...……154

Tableau 11 : Contributeurs au forum « Drogues et travail » du site Psychoactif ……..……155

Tableau 12 : Les caractéristiques de la gestion : normes et tensions interreliées……...…166

Tableau 13 : Tableau des fonctions professionnelles des usages de psychotropes…….…282

Tableau 14 : Concepts et acteurs clefs de la prévention traditionnelle Vs Concepts et acteurs de la clinique du travail…….……..……..……..……302

Liste des annexes

Annexe 1 : Activités de recherche du projet Prevdrog-pro…….342

Annexe 2 : Valorisation de la recherche Prevdrog-pro……...343

Annexe 3 : Le congrès : Travail, santé et usages de substances psychoactives……..345

Annexe 4 : Dangerosité des drogues (Roques, 1998)…….347

Annexe 5 : Recherche documentaire / RPC (2009-2012)……...348

Annexe 6 : Exemple de prévention officielle/Inrs…….350

Annexe 7 : Arguments du Rpib en santé au travail……351

Annexe 8 : Regard du groupe « Monde du travail » sur le Rpib……355

Annexe 9 : Extraits du forum Drogues et travail –Psychoactifs.org……..357

Introduction générale

« *Bientôt tu m'expliqueras comment, pour chasser le singe, il faut sentir en soi le chemin qui conduit vers lui. Chez vous, rencontrer la bête c'est répondre à son invitation*. »

Sibran, A. (2017). Enfance d'un chaman, p.35

AVANT LA RECHERCHE

Novembre 2002. Fraîchement reconvertie en ergonome, le hasard des offres d'emploi nous conduit à candidater pour le poste de chargée d'étude « entreprises » proposé par une association de prévention de l'alcoolisme. Dans le descriptif de la mission les termes santé, travail, professionnels et entreprises retiennent notre attention. Leur articulation avec la question de l'alcool et de l'alcoolisme suscite une certaine curiosité autant qu'un doute sur ce que nous devrions et pourrions faire. Nous buvons depuis longtemps, en famille, entre amis, aux quatre coins des villes et des campagnes, mais nous méconnaissons les problématiques sanitaires et sociales de l'alcool et plus encore les dispositifs institutionnels et les activités dédiés. Le travail nous intéresse, pourquoi pas celui des alcooliques et de ceux qui s'en préoccupent. Notre profil d'ergonome, rare dans ce monde, semble contrebalancer nos lacunes, nous sommes embauchée.

La perspective de comprendre ce que cache concrètement notre nouveau poste nous réjouit avec une pointe de perplexité. Tous nos amis spécialistes du travail à qui nous parlons de ce projet ne comprennent pas le lien professionnel entre alcool et travail, d'autant que le questionnement est formulé par une association de lutte contre l'alcoolisme. Le mélange des genres les laisse dubitatifs. Pour notre part, le principal problème nous semble être de ne rien savoir de ce milieu dans lequel nous rentrons et pas plus, autrement que trivialement, de l'alcool et de l'alcoolisme. Nous ne nous doutons pas que cette double interrogation première nous occupera, sans être soldée, les 15 années suivantes dont 6 de recherche en psychologie du travail.

Nous intégrons la fonction de chargée d'étude « entreprises » au sein d'une équipe médico psycho sociale de soin et de prévention. L'espace dans lequel nous travaillons se trouve tout au fond d'un long couloir aveugle. Nous y accédons en longeant quotidiennement trois grandes portes, généralement closes. Les bureaux des médecins, de la psychologue et de l'assistante sociale. Ce sont les territoires des soignants et des patients, du secret qui les lie et qui nous exclut. Derrière ces portes nous imaginons les personnes que nous croisons parfois dans la salle d'attente, et toutes celles que nous ne voyons jamais, directement conduites à l'abri de cette frontière. Par définition, leur vie et leur travail sont des vies et des activités de « patients ». Cela ne nous regarde pas. Ici, les histoires des femmes et des hommes reçues appartiennent généralement aux soignants et parmi eux prioritairement aux médecins. D'emblée la vie, le travail et les consommations d'alcool et des autres drogues de ces personnes nous intéressent mais sans pouvoir y accéder directement. C'est donc auprès des soignants, tenants de référence de ces savoirs, que nous nous formons. Et nous leur devons beaucoup, le goût et la curiosité pour le métier et les patients. Nous apprenons de leurs connaissances, de leurs expériences et nous apprenons aussi, sans l'élaborer encore, une certaine idéologie, une domination des cadres théoriques et des savoirs médicaux sur ceux des sciences humaines et une certaine place d'opérateur profane à ne pas transgresser.

A nos débuts, l'alcoologie et l'addictologie (à partir de 2003 dans cette association) qui sous-tendent les activités de toute l'équipe sont des océans d'ignorance pour nous. Notre place et nos savoirs se configurent progressivement en miroir de la cartographie du dispositif institutionnel de soin et de prévention. Notre mission de « prévention en entreprises » s'inscrit dans cette matrice théorique et politique, la question du travail réel, du sens des usages de drogues, de l'implication des opérateurs dans l'analyse de la situation, est hors cadre dans ce dispositif. Il est explicitement recommandé par l'association de ne pas faire d'analyse organisationnelle du travail et la question même des usages, forme de propriété symbolique des soignants, est importune dès lors qu'elle outrepasserait l'investigation des dynamiques culturelles de l'alcool ou des compétences psychosociales des sujets. Notre action est un rouage d'une promotion de la santé univoque, rabattue du coté des comportements individuels. Certains de nos collègues interviennent en milieu scolaire, d'autres en milieu festif, nous travaillons en milieu professionnel. Progressivement, nous nous interrogeons sur les conséquences de nos actions sur les travailleurs auprès desquels nous intervenons, sur les effets produits autant que sur ceux qu'elles ne produisent pas ou empêchent de produire dans leur travail. De notre point de vue « la prévention des addictions » tourne autour de la

question du travail et de la santé. Intuitivement alors, nous observons des zones floues et des formes d'écrans de fumée : notre méconnaissance des liens entre le travail et les consommations de drogues et notre méconnaissance des perspectives véritablement à l'œuvre en prévention. Nous ne le savons pas encore aussi clairement mais les cadres théoriques mobilisés ne nous permettent de mesurer ni l'ampleur de nos méconnaissances, ni la nécessité de recourir à d'autres disciplines pour y contribuer.

En 2009, faute d'arriver à engager une réflexion collective et de vraies discussions sur les cadres théoriques de l'institution et leurs effets réels en entreprises nous quittons notre poste de chargée d'étude. Deux anecdotes de l'époque illustrent la situation d'impasse. La première a lieu en 2009 du coté de la Société française d'alcoologie (Sfa). Cette société savante organise un colloque sur la prévention des addictions en entreprises. Au programme, une des tables rondes s'intitule : « Acteurs et enjeux de la pluridisciplinarité ». A cette époque, les propriétés et les effets de la pluridisciplinarité font encore débat en santé au travail et en addictologie. Autour de la table, pour en discuter, nous trouvons cinq médecins, un psychiatre, deux addictologues et deux médecins du travail.

La seconde anecdote date de la période 2010-2012. Sous la direction de la Haute autorité sanitaire (Has) et avec une dizaine d'autres professionnels et chercheurs, nous conduisons une étude pluridisciplinaire pour rédiger des « Recommandations pour la pratique clinique » (Rpc) des médecins du travail vis à vis des usages de psychotropes. Nous travaillons pour notre part sur les « déterminants professionnels des consommations de psychotropes » étudiés du point de vue de l'épidémiologie et des sciences humaines et sociales. Dans ce cadre, aux cotés des grandes études statistiques internationales nous étudions aussi les travaux sur la question « santé et travail » issues de la psychologie et psychosociologie du travail, de la psychodynamique, de la sociologie, de l'anthropologie, etc. Entre 2010 et 2012 de nombreux auteurs font références autour du thème des risques psychosociaux, de la souffrance au travail et du dopage au quotidien (Dejours, Clot, Lhuillier, Gollac, Maranda, Hautefeuille). A la fin du projet, dans l'évaluation de notre analyse, la Has invalide le recours à ces perspectives compréhensives pour « niveau de preuve scientifique insuffisant ». A l'époque, dans le cadre des « Rpc » officielles, l'institution impose le recours à des études exclusivement statistiques. Quand bien même la demande officielle initiale était celle de la pluridisciplinarité, les recherches issues d'approches compréhensives et cliniques du travail, même les plus éminentes dans leur discipline, semble ne pouvoir faire références pour la clinique médicale. En 2011, face à la faiblesse de nos propres savoirs et de nos interventions dans les entreprises et à une domination médicale qui nous semble limiter les

connaissances et les débats dans les espaces institutionnels, nous décidons de faire de la recherche du coté des sciences du travail.

Nos premiers travaux exploratoires nous montrent qu'améliorer la connaissance sur les liens entre le travail et les usages de psychotropes et sur la prévention est une expérience de déstabilisation et de redéfinition des objets « addiction » et « travail ». Instruire les interrelations entre les consommations de psychotropes et les activités professionnelles n'est pas une mise en accusation de l'organisation du travail, ni une occultation des responsabilités individuelles. C'est au contraire une approche qui objective et rend accessibles à la transformation toutes les dynamiques, individuelles et collectives, en œuvre. Avant toute action corrective, c'est bien l'étape de la définition des risques à rechercher et cibler qui est déterminante. Elle conditionne l'édifice de l'action et de ses effets. Pour Omnès (2009),

> *« les premiers obstacles à la prévention apparaissent au cours du processus même d'identification du risque au travail ».*

Les erreurs commises dans l'identification des enjeux orientent vers de « faux besoins» et vers des propositions d'actions inadaptées (Van Elslande et Malaterre, 1996). L'évolution que nous repérons, la plus intéressante de notre point de vue, est formulée en clinique du travail par Negura, Maranda et Genest (2012) :

> *« De là l'importance cruciale du point de vue de la santé […], de renverser la culture de la prévention d'une seule logique de normes et de responsabilité, ou de soin, vers celle de l'évaluation systématique et a priori des conditions professionnelles des usages de psychotropes. Seule cette évaluation (…) permettra de s'inscrire dans l'obligation d'une prévention des risques professionnels. »*

Aujourd'hui l'enjeu nous apparaît être celui de rendre visible tous les usages de drogue, toutes les composantes du travail, et toutes multiples situations de tension. Mieux documentés, ces liens devraient permettre d'actualiser les connaissances sur les stratégies contemporaines de santé en lien avec le travail ; connaissances qui, mobilisées dans le champ de l'intervention, pourraient contribuer à ouvrir de nouvelles pistes, non pas alternatives aux approches médicales et gestionnaires existants pour la prévention en matière de consommations de substances psychoactives, mais complémentaires. Il nous semble que les approches cliniques du travail (Lhuilier, 2006 a et b ; Clot et Lhuilier, 2010) permettent d'ouvrir cette nouvelle perspective. Nous souhaitons contribuer à la connaissance des liens entre les activités des professionnels, leur santé, leurs consommations de « drogue » (alcool,

tabac, médicaments psychotropes, stupéfiants) et les actions de prévention des addictions dont ils sont la cible et/ou auxquelles ils contribuent.

LA THESE

Juin 2011. Nous nous inscrivons en thèse. La première étape consiste à répondre à l'appel à projet recherche « Prévention, drogues et société 2011 » (Prevdrog), proposé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt) et l'École des hautes études en sciences sociales (Ehess). C'est en effet dans le cadre du projet « Représentations, pratiques et effets des usages et du dépistage des consommations de substances psychoactives dans les milieux professionnels » (Prevdrog-Pro) dirigé par Dominique Lhuilier, notre directrice de thèse, et conduit conjointement avec Renaud Crespin, enseignant-chercheur en sociologie et en sciences politiques, que notre recherche s'est implantée, dans des conditions scientifiques et matérielles optimales grâce à leur confiance (voir annexes 1, 2 et 3). Nous nous inscrivons dans cette étude dans une perspective d'apprentissage et de transformation personnelle autant que de contribution à la connaissance. Pour les raisons évoquées précédemment, une forme de nécessité prévaut mais la nature même, l'ampleur et le coût des transformations à mettre en œuvre nous échappent. Nous ignorons alors « le quart de la moitié du centième de ce qui a déjà été écrit sur le sujet » et « la mesure de l'immensité de notre propre non-savoir » (Dumez, 2011, p.16) et la nature du chemin à parcourir.

La thèse que nous présentons ici vise à contribuer à l'éclairage d'une question de notre point de vue insuffisamment étudiée, de façon générale et par la psychologie du travail en particulier : les interrelations entre le travail et les consommations de psychotropes. Notre étude s'intéresse aux professionnels consommateurs de substances psychoactives. Elle porte sur leurs activités, leurs usages de psychotropes et la nature des interrelations entre ces deux objets, ainsi que la prévention dite « des addictions en milieu professionnel ». Notre perspective n'est ni gestionnaire, ni statistique, nous n'aborderons pas les activités de travail rencontrées sous l'angle de la catégorisation socio professionnelle ou de la représentativité. Ce qui nous importe est moins la description externe des métiers et de leurs normes que la caractérisation des conditions internes de l'action, ses dimensions subjectives et organisationnelles, ses ressources et ses dynamiques conflictuelles. Notre étude s'inscrit dans

le prolongement des travaux déjà entrepris et se propose de les dépasser en éclairant certains de leurs angles morts et en visant l'action.

Comment les travailleurs consomment-ils des drogues, avec qui, pour quels effets recherchés, pour quelles fonctions, dans quelles temporalités ? Quels sont les effets des drogues dans la conduite du travail et dans la santé ? Quel est le rôle de l'organisation du travail dans l'usage de drogue ? Comment les entreprises fondent-elles leur choix de prévention ou de répression des conduites addictives ? Quelles sont les activités réelles des acteurs de la prévention, quels sont leurs résultats ? Comment les opérateurs réagissent-ils, qu'ils soient usagers ou non, aux politiques de prévention mises en place dans l'entreprise ? Comment les médecins du travail fondent-ils leurs pratiques vis-à-vis des drogues entre les stratégies des entreprises et des travailleurs ? La clinique du travail peut-elle contribuer à la compréhension et la régulation collective des liens entre le travail et les usages de psychotropes ?

Voici les questions que nous voudrions aborder dans cette recherche. Nous nous situons résolument du côté des opérateurs de la production et des opérateurs de la prévention et de la santé au travail. Pour éclairer ces interrogations, nous explorerons ce que dit la littérature internationale en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et en sciences médicales, dans ce domaine. Nous explorerons aussi les données issues d'une littérature plus institutionnelle (rapports, guides de bonnes pratiques, avis éthiques, etc.).

La première grande partie de cette recherche présente notre cadre théorique. Celui-ci s'inscrit dans la tradition compréhensive de ce que François Daniellou (2015) appelle les ergodisciplines. Cette première partie vise à approfondir les trois notions clés à partir desquelles nous conduisons notre étude : l'activité, la santé et l'usage de drogue.

Dans le premier chapitre, nous approfondissons la question de l'activité de travail. Nous développons la complexité du travail qui ne se donne jamais à voir a priori et la centralité de l'opérateur et de l'activité dans sa réalisation. Nous nous intéressons aussi aux notions d'écart aux prescriptions, de régulation et de ressource, et à celle de l'analyse du travail pour les comprendre et les transformer.

Un deuxième chapitre étudie la santé des travailleurs. Comme le travail, la santé est une réalité ambivalente et complexe. Nous nous intéressons à cette notion telle qu'elle est socialement valorisée et telle que nous l'entendons, avec Canguilhem notamment, comme une lutte permanente avec le réel, jamais donnée d'avance, pour transformer sa vie.

Conjointement nous développons la centralité de la souffrance, tension toute à la fois créatrice et mortifère au cœur de la santé et du travail. Dans cette perspective dynamique nous étudions aussi les notions de travail vivant, de renormalisation et les stratégies de santé des travailleurs. Nous nous intéressons notamment aux notions de défense, de surcompensation et d'hyperactivité.

Le troisième chapitre porte sur l'usage de psychotropes comme pratique sociale et fonctionnelle. Nous développons les niveaux de consommations actuelles ainsi que les différents produits « phares » en France. Nous nous intéressons à leurs effets, remèdes et poisons, et à leurs fonctions ainsi qu'à leurs enjeux sociaux ambivalents. Nous nous intéressons tout particulièrement à l'évolution socio historique des usages de drogues et à leur considération actuelle. Nous soulignons aussi leurs multiples liens avec le travail et leur place centrale dans le monde contemporain.

Notre deuxième grande partie porte sur notre étude à proprement parler. Dans un premier chapitre nous exposons la problématique de la recherche, ses enjeux et ses axes d'investigations. Nous développons ensuite son cadre conceptuel et méthodologique ainsi que les différents sujets et terrains de notre étude. Notre méthodologie croise deux méthodes complémentaires : une revue de littérature et une recherche-action clinique. Notre revue de littérature poursuit deux visées, elle nous a permis de construire notre cadre théorique (Première partie) et elle vise à produire un état des lieux critique des concepts et des pratiques, relatifs au travail et aux drogues et à leurs liens, qui dominent le champ des publications scientifiques et institutionnelles (Deuxième partie).

Le deuxième chapitre présente justement cette revue de littérature critique des concepts et des pratiques dominantes sur le thème « Psychotropes et travail ». Ici, nous présentons et mettons en dialogue les notions, les représentations sociales et les perspectives théoriques dominantes dans la recherche, les entreprises et les institutions. Nous nous intéressons notamment à la primauté du paradigme de la gestion et de ses normes sur la question du travail et de la santé. Nous croisons ces concepts avec celui d'addiction et avec la construction socio historique de la démarche dite de « Prévention des conduites addictives en milieu professionnel », les vocables privilégiés, les connaissances et les alliances épistémologiques sous-jacentes et leurs limites vis-à-vis de la question du travail. Nous mettons en perspective l'instrumentalisation de la dangerosité des drogues et de l'individualisation de la santé et des risques du travail, tant du point de vue théorique que dans les recommandations pour la pratique. Ce chapitre différencie aussi le statut des savoirs sur la

prévention des conduites addictives en milieu professionnel. La grande majorité est issue de travaux institutionnels sans reconnaissance scientifique solide.

Le troisième et dernier chapitre de cette partie présente le volet « terrain » de nos résultats, l'analyse des données issues de nos entretiens et de nos activités participantes. Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'usage de psychotropes des sujets de notre étude comme un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi. Nous analysons les effets et les fonctions des usages ainsi que les activités de consommation et de régulation et les acteurs impliqués. Dans un deuxième temps, nous développons le rôle de l'organisation du travail et du management dans le recours aux psychotropes. Nous étudions ensuite les acteurs et les activités de la prévention officielle en entreprise et en santé au travail et leurs effets sur le travail et l'usage de psychotropes. Dans un quatrième temps nous proposons une analyse des transformations initiées par la recherche. Nous étudions les intérêts et les fonctions de l'approche clinique sur nos activités et le sens de notre recherche et sur les activités et le sens du travail de nos interlocuteurs.

La troisième et dernière grande partie de cette recherche est consacrée à la discussion des résultats de notre étude au regard de notre cadre théorique. Elle se compose de deux grands chapitres. Dans un premier temps, nous revenons sur les résultats issus de notre recherche portant sur les usages de psychotropes comme système social régulé et sur leurs interrelations fonctionnelles avec le travail. Nous tenterons de mettre ces données en perspective avec les apports des sciences compréhensives et de la psychologie du travail sur les drogues, l'activité et la santé. Nous regarderons en quoi nos résultats éclairent, voire prolongent, ce cadre théorique. Nous reviendrons sur les questions soulevées tout au long de notre élaboration théorique pour tenter d'y répondre. Nous voudrions notamment approfondir la question du travail « normal » comme système institué de fortes tensions et de réification des travailleurs et celle de l'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi pour y faire face. Nous discuterons des usages fonctionnels de drogues pour travailler, ce que nous proposons d'appeler leurs fonctions professionnelles. Nous reviendrons ensuite sur les stratégies de santé des travailleurs, les ruses et les faux-semblants, les stratégies de défense et celle de l'hyperactivité et de la surcompensation. Nous discuterons du recours stratégique aux drogues comme une forme de renormalisation invisible de soi, efficace mais produisant aussi ses propres tensions, ses limites et ses impasses.

Dans un deuxième chapitre, nous reviendrons sur les résultats portant sur la prévention officielle des addictions au cœur de la prévention des risques et de la santé pour tenter de les

mettre en perspective avec notre cadre théorique. Il s'agit de voir ce que nos résultats apportent à ce cadre. Nous voudrions approfondir la question des activités de prévention et de leurs effets sur le travail, la santé et sur l'usage de psychotropes des travailleurs. Au terme de cette discussion, nous présenterons aussi quelle a été la spécificité de la clinique du travail mise en œuvre et de ses effets au cours de la recherche-action et en quoi elle a apporté des matériaux différents.

Notre conclusion tentera de faire la synthèse de nos résultats et des perspectives qui se sont dégagées. Nous envisagerons des prolongements pour la recherche et pour la santé au travail et pour nos propres travaux ultérieurs.

Première partie :
Le cadre théorique de l'étude

Chapitre 1. L'activité de travail

Notre étude porte sur l'activité de travail des employés, dirigeants et acteurs de la prévention, leurs usages de psychotropes et les interrelations entre leurs activités et leurs utilisations de produits. A ce stade (Chapitre 1), il est nécessaire de commencer par définir précisément ce que nous entendons, et entendrons au cœur de l'ensemble de notre étude et de notre discussion, par « travail » et par « activité ». Dans cette première partie théorique, nous mobiliserons aussi ces perspectives pour caractériser la santé (Chapitre 2) ainsi que l'usage de psychotrope (Chapitre 3).

1.1 Le travail humain

1.1.1 Déclinaisons langagières

Du point de vue de la langue française, le travail est un nom commun particulièrement plurivoque. A ce terme courant, le dictionnaire Larousse (Larousse.fr, 2016) associe quinze définitions différentes. Les deux principales caractérisent le travail autour de l'idée d'activité humaine. La première le définit comme

> *« Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose (pouvant être) manuelle ou intellectuelle ».*

La deuxième précise que cette activité peut être « professionnelle régulière et rémunérée ». Les définitions suivantes renvoient à l'idée d'action mais aussi de résultat, de moyen, d'énergie et de temporalité. A cette multiplicité sémantique s'ajoute une pluralité lexicale. Larousse (Larousse.fr, 2016) répertorie dix-huit synonymes qui caractérisent l'idée d'action, professionnelle ou non, de produit ou d'effort. Nous trouvons les vocables de labeur, emploi, fonction, métier, poste, profession, situation, ouvrage, tâche, œuvre, fonctionnement, etc. La psychologue du travail Anne Lancry-Hoestland (2016) note que, comme la nature de l'action elle-même, toutes ces définitions procèdent de constructions sociales et évoluent dans le temps.

A la fin du XIXème, le dictionnaire de la Langue française d'Émile Littré (Littré.org, 2016) définit le travail comme « instrument qui assujettit les grands animaux » et par extension « gêne et fatigue ». Le terme travailler, pour sa part, signifie « causer de la souffrance », « préoccuper » et « faire un ouvrage ». A l'époque du Littré, bien avant le sens d'emploi c'est l'idée de labeur et d'effort qui définit le travail et ses opérateurs. Le travailleur se caractérise par la peine de sa contribution, quelle soit de nature manuelle ou intellectuelle. Ceux qui ne travaillent pas de leurs mains sont les « travailleurs de la pensée » (Littré.org, 2016). Leurs activités ne sont en soi ni plus ni moins valorisées. Pour Lancry-Hoestland et l'ergonome Antoine Laville (2004), la terminologie évolue avec les transformations des valeurs sociales et « des liens d'obligation établis entre les individus et la société ». L'ergologue Yves Schwartz (2000) constate pour sa part qu'on privilégie progressivement le terme « gérer » à tout autre (gestion de projet, de planning, des tâches, des ressources humaines, des stocks, des risques, etc.). Pour cet auteur, l'évolution est symptomatique des transformations de la matérialité même du travail

> *« L'évolution du « travailler » vers le « gérer », connote bien un déplacement du centre de gravité des activités, moins physiques, moins couplées à un rythme de travail moyen, vers une succession de choix et de microdécisions à prendre, sur la base de données plus globales aux contours mal définissables ».*

L'observation de la sociologue du travail Valérie Boussard (2008) rejoint celle de Schwartz. Elle constate que pour connaître et comprendre le travail d'aujourd'hui « il s'agit d'analyser l'espace du Logos (le discours) et celui de la Praxis (les pratiques, les effets des pratiques) ». La parole et le discours et leurs actions/rétroactions avec les activités, sont devenus centraux dans le pilotage du travail. Nous y reviendrons.

Pour mieux comprendre le sens dominant du travail aujourd'hui, la nature de ses valeurs et des obligations sociales associés, il est tout aussi intéressant de regarder comment la langue française définit le contraire du travail. Le dictionnaire Larousse (Larousse.fr, 2016) liste cinq termes : « chômage », « loisir », « repos », « inaction », « oisiveté ». Les oppositions sont construites à partir des trois champs sémantiques du travail déjà présentés : l'emploi (chômage s'oppose à travail comme emploi), l'action (inaction et oisiveté s'opposent à travail comme action) et la temporalité (loisir et repos s'opposent au temps de travail). Il est important de noter ici que, tels que déterminés par la langue française, ces contraires ne sont pas synonymes entre eux. Ils peuvent même être opposés deux à deux. Si par définition (Larousse.fr, 2016), le chômage constitue une « privation d'emploi », il ne signifie ni

inaction, ni repos. Il consiste généralement en un ensemble d'activités de recherche d'emploi, d'organisation, de planification, d'attente, etc., et souvent aussi en nombre d'activités domestiques. Le chômage n'est pas plus un loisir. Il peut même se transformer en expérience de « la mort sociale », en épreuve d'un quotidien « vidé de son sens » (Bourdieu, préface dans Lazarsfeld et coll., 1981, p. 9 et 10). Il peut provoquer angoisses, ennui et usure et rendre tout repos impossible. Dans les faits « chômage » convoque autant l'action que « travail », mais pas dans les mêmes contenus, lieux ou temporalités, encore moins à la rencontre des mêmes protagonistes et de la même reconnaissance sociale.

Les multiples nuances de la langue portent en elles l'idée que nous travaillons comme nous l'imaginons et bien autrement, comme ce que la société en dit et bien différemment. Le travail apparaît irréductible à une seule de ses trois grandes catégories sémantiques (emploi, action, temporalité). Il semble plus grand, plus complexe, pris simultanément dans plusieurs sens, plusieurs dynamiques, parfois contradictoires. Pour ce qui est de l'emploi, le trouble des frontières est le même. Nous verrons que les auteurs tenants des approches compréhensives du travail réfutent tout binarisme (travail/loisirs, emploi/inaction, travail/repos) (Curie et Hajjar, 1987 ; Curie, 2000 ; Lhuilier, 2006b ; Dejours, 2000 ; Baubion-Broye, 1998). Tout particulièrement en période de crise et de sous-emploi de masse, les activités professionnelles interagissent avec l'expérience du sujet et son éventuelle peur du chômage, avec l'ensemble de sa vie hors travail. Ce que nous faisons à notre poste interagit avec ce que nous faisons en dehors (Curie, 2000 ; Castel, 1996 ; Gaulejac, 2005 ; Furtos et Laval, 2005). Nous développerons la connaissance de cette circularité et ses enjeux.

1.1.2 Approches compréhensives du travail

A touches multiples, la langue française nous apprend que le travail est une notion plurivoque et paradoxale. Les approches compréhensives du travail (sociologie et psychologie du travail, ergonomie, psychodynamique du travail, clinique de l'activité, sociologie clinique, etc.) (Brangier, Lancry et Louche, 2004) permettent de caractériser les propriétés de cette réalité sociale, ambivalente et itérative (Schwartz, 2000) en constante transformation.

Dès l'introduction de son ouvrage « Le travail sous tensions » (2010) le sociologue Michel Lallement alerte sur la pluralité des sens du travail et sur le discours réducteur ambiant

« Dans les débats actuels, le travail est souvent décliné au singulier. Cette façon de dire, délibérée ou non, a l'inconvénient de voiler la multiplicité et les disparités des mondes et des conditions dans lesquels s'insèrent les travailleurs et les employeurs. Les lignes de démarcation sont multiples. »

D'après Lallement rendre pleinement compte de la complexité nécessite de saisir la question du travail par l'intermédiaire de cadres épistémologiques complémentaires. Dans son analyse, il articule la sociologie qui définit « le travail comme un rapport social » avec la centralité du vécu subjectif développée par la psychologie du travail. Il cite longuement Yves Clot :

« Travailler c'est non seulement contribuer à la maîtrise du monde et bénéficier ainsi d'une rémunération, mais c'est aussi participer activement à la transformation de soi-même pour gagner, lorsque cela est possible, en plaisir, en intelligence, en autonomie (Clot, 1999) » (…) « Travailler c'est aussi l'exploitation et la sous-rémunération, la pénibilité et la souffrance, la domination et la stigmatisation, la frustration et le ressentiment (Clot, 2005) » (Clot, 1999 et 2005 dans Lallement, 2010, p.).

Selon Clot et Lallement, chacune de ces caractérisations (rapport social, transformation, plaisir, intelligence, souffrance, domination, etc.) est un monde. Aucun d'eux n'épuise l'ensemble des propriétés possibles. Le travail tel qu'il se vit est simultanément l'un, l'autre et tous les autres. Pour Lallement (2007, 2010, 2011), mais notamment aussi Clot et Lhuilier (2010), Daniellou (2015), Althaus et coll. (2013), Sarnin et coll. (2012) l'approche compréhensive trans disciplinaire s'impose comme un cadre d'analyse particulièrement éclairant. Dans un mouvement identique, Lancry-Hoestlandt et Laville (dans Brangier et coll., 2004) introduisent leur questionnement sur le travail en ces termes

« Comment aborder un objet aussi complexe et multidéterminé que le travail ? (…) La simple approche compréhensive convoque le regard du philosophe, de l'historien, du géographe, de l'économiste, du sociologue, du psychologue, de l'ergonome, en bref de ceux qui pensent le et sur le travail et de ceux qui éprouvent et vivent le travail (qui naturellement peuvent être les mêmes le cas échéant) ».

Dans ce préambule à l'ouvrage collectif « Les dimensions humaines du travail » (Brangier et coll., 2004), Lancry-Hoestlandt et Laville inscrivent leur point de départ sur l'analyse du travail au carrefour de la multiplicité de points de départ possibles. Pour ces auteurs, et plus généralement pour l'approche compréhensive qu'ils mobilisent, analyser le travail nécessite simultanément d'être conscient de l'existence de modèles théoriques bien distincts, d'en définir et d'en choisir un (ou plusieurs) dans sa propre démarche d'analyste sans pour autant exclure l'intérêt spécifique des autres. Dans cette même perspective, Schwartz (2000) soutient

que les multiples ouvertures scientifiques récusent « les trompeuses apparences d'une unité conceptuelle et anthropologique du travail ». Il formule une idée, d'après lui déterminante pour comprendre l'origine et le sens de l'action, celle de chercher « dans quels référentiels épistémiques, sociaux, historiques, la notion même de travail prenait un contenu au sein du langage et de la vie sociale ».

En plus de l'hétérogénéité conceptuelle du travail, les sciences compréhensives soulignent l'existence d'un niveau de complexité supplémentaire, celui d'une double polarité, bon et mauvais objet, objet de développement et d'usure, d'émancipation et de domination, etc. Dans leurs « Perspectives en clinique du travail », Clot et Lhuilier (2015) constatent que

> *« les représentations du travail apparaissent le plus souvent comme clivées : ses valeurs positives en termes de conditions d'accès à l'accomplissement de soi dans le champ social se concilient mal avec sa version négative qui fait de lui la sphère par excellence de l'hétéronomie et de la domination. »* (p.7).

Face à ce constat, Lallement (2010) propose de ne plus chercher à associer le travail à des valeurs positives ou négatives mais d'en « accepter l'ambivalence intrinsèque ». De son coté, Schwartz (2008) affirme que l'ambivalence est indissociable des dynamiques subjectives et sociales qui traversent le travail et le fondent. Il cite Oddone (1947) : « Oddone, a montré qu'on ne pouvait rien comprendre à la production, à l'efficacité, à la productivité, aux conflits sociaux, si on ne comprenait pas que le travail était toujours cette espèce d'ambiguïté entre usage de soi par soi et usage de soi par les autres ». D'après Schwartz, définir le travail impose de ne pas faire l'impasse sur le travailleur et d'objectiver ces « usages de soi », leurs « lois » subjectives et sociales sous-jacentes, au moins autant que d'en analyser les règles juridiques et techniques et les conditions matérielles. Schwartz affirme que la double polarité du travail n'est pas un problème mais une caractéristique du travail humain. Selon lui (2008), cette « dramaturgie » n'est pas une difficulté, c'est son analyse et plus généralement le déni ou l'impossibilité d'en tenir compte qui posent problème.

Quelle que soit leur perspective (sociologie, psychologie, clinique du travail, ergologie) les sciences compréhensives éclairent simultanément les définitions du travail et le travail de définition. Elles montrent que la complexité et l'ambivalence de cette notion ne sont pas insolubles. Tout dépend des outils théoriques mobilisés pour les caractériser et de la posture des analystes. En 1948, Lahy écrivait (cité par Leplat, 1993) :

« L'analyse du travail est la chose la plus longue et la plus difficile, car c'est elle qui pose avec précision le problème scientifique. Prétendre pouvoir résoudre un problème de cet ordre sans analyse préalable du travail reviendrait à prescrire des médicaments à un malade sans l'avoir examiné ou encore à vouloir perfectionner une machine sans connaître ni sa construction, ni son fonctionnement. (...) Celui qui s'engage dans une étude de cette sorte sans savoir où il va ne trouvera rien que par hasard, ce qui est la négation même de la méthode scientifique ».

La posture analytique de Lahy, que nous enrichirons des travaux en clinique du travail (Lhuilier, 2006 a et b ; Clot et Lhuillier, 2015, 2010) est au cœur de notre étude. Nous verrons que n'est pas « analyse du travail » toute démarche qui s'autoproclame comme telle. Le « ça parle du travail » (Lhuilier, 2006a, p.180) ne garantit pas l'existence de fondations communes entre les connaissances.

1.2 L'analyse du travail

L'histoire de l'analyse du travail montre qu'elle est traversée de nombreux niveaux d'objectivation : la mesure de la tâche, du temps, de la production, des moyens matériels mobilisés, l'hygiène des travailleurs, l'usure du corps, la relation entre l'individu et sa tâche, la relation entre l'individu et l'organisation, les processus subjectifs et collectifs, l'activité, etc. (Vallery et Amalberti (dir.), 2006). Ces différents niveaux coexistent mais chaque période, largement influencée par la demande sociale et les équilibres des pouvoirs (politiques, économiques, scientifiques, etc.), en privilégie souvent un plutôt que l'autre (Leplat, 1993). Dans son histoire de la psychopathologie du travail, Isabelle Billiard (2011) montre l'existence de liens directs entre niveaux d'objectivation et cadres théoriques dominants. Elle note que depuis l'avènement du taylorisme, les questions de base « Qu'est-ce que le travail, qu'est-ce qui fait le sens du travail ? (…) a fait surface à plusieurs reprises pour être rapidement abandonnée ou traduite en d'autres termes. ». Billiard (2011) constate de manière critique que cette interrogation, pourtant fondamentale

« est aujourd'hui remplacée par la mise en avant de risques, de dommages, de plaintes, de la productivité et du chômage, à travers les préoccupations contemporaines qu'ont été la fatigue chronique, la productivité, le chômage, le stress,

l'absentéisme, les arrêts maladie, les maladies professionnelles, la souffrance au travail, la vulnérabilité, les troubles du comportement. »

Selon cette auteure, traiter la question des risques et des dommages plutôt que celle du travail et de son sens, produit des connaissances et des actions d'ordres extrêmement différents. Il ne s'agit plus d'interroger ce que font les travailleurs et comment ils le vivent, mais ce qu'ils sont sensés faire et ce qui se passe mal du point de vue de normes de travail (objectifs, règles, comportements, santé, etc.). Il s'agit ici moins d'analyse du travail que de « déni » du travail (Lhuillier, 2010 ; Lhuillier et Litim, 2009 ; Collard, 2012) et de contrôle de conformité (Gaulejac, 2005, 2006).

Pour Daniellou (dir.1996) l'analyse du travail ne peut être rabattue du seul coté de l'observation des caractéristiques du sujet travaillant et de ses activités, quand bien même la description serait longue et rigoureuse. Elle a pour vocation d'identifier et d'interpréter les « déterminants qui agissent et interagissent sur l'homme au travail, sur l'activité mise en œuvre pour réaliser les tâches » dans une double visée de connaissance et de transformation. L'analyse ne constitue pas un simple relevé d'informations mais un vecteur de sens et de remaniements. Elle sert conjointement « la nécessité de comprendre mais aussi d'aménager le travail. » (Daniellou (dir.), 1996). Cette perspective n'est pas anodine, elle pose l'analyse comme un saut qualitatif par rapport aux faits bruts et place l'analyste au cœur de ce travail. Daniellou (dir.1996) souligne que, dans cette logique, les interactions et les effets multiples entre l'analyste, ses méthodes et les travailleurs qui participent à l'intervention, doivent nécessairement être interrogés. Nous y reviendrons.

Brangier et ses collaborateurs (Brangier, Lancry et Louche, 2004) observent pour leur part que l'analyse du travail peut être centrée d'avantage sur la connaissance de l'activité de travail (visée épistémique) ou sur la transformation de cette activité dans l'étude qui en est faite (visée pratique et épistémique). Pour chacune de ces perspectives, ces auteurs décrivent un même processus général. « Chacune démarre par une phase de questionnement, suivie d'une phase de recueil de données débouchant sur l'analyse et se terminant par une phase conclusive. » (p.). Quelle soit plutôt à des fins de connaissance ou de transformation, l'analyse du travail s'appuie sur :

- Un éventail de méthodes centrées sur l'observation, directe ou différée, normalisée ou ouverte (Leplat et Cuny, 2015 ; Spérandio, 1980) et sur la verbalisation.
- Quatre concepts clefs : le travail prescrit et réel ; l'activité ; l'organisation du travail ; la régulation.

Nous définissons ces quatre notions au fondement de l'analyse du travail et de notre recherche dans les paragraphes suivants.

1.2.1 Travail prescrit et travail réel

Pour le psychologue Léontiev (cité par Leplat et Hoc, 1983), le travail s'organise autour de la tâche. Cette notion correspond à « ce qui est à faire, un but donné dans des conditions déterminées ». Le concept de Léontiev, centré sur une directive, des objectifs et des moyens externes, est affiné par Leplat et Hoc (1983). Ils dissocient la « tâche prescrite » (ce qui est à faire tel que conçu par celui qui en dirige l'exécution) de la « tâche effective » (ce qui est fait par l'opérateur) et introduisent l'idée d'une différence entre les deux. Cette distinction rend compte de l'existence d'une double dynamique dans la réalité de la tâche. D'une part, celui qui dirige construit la prescription sur ses propres représentations de la situation. D'autre part, celui qui réalise agit aussi de son point de vue (souvent co-construit et régulé avec ses pairs). L'écart entre les deux est tout l'enjeu de la compréhension du travail. Schwartz (2008) souligne qu'il est inévitable. Il sera plus ou moins important, plus ou moins problématique, utile ou préjudiciable pour le prescripteur et l'opérateur, mais il se produira. Toujours selon cet auteur (2008), la caractéristique de cet écart est double. Il est consubstantiel au travail et il est imprédictible

> *« Le travail n'est jamais pure exécution, et c'est fondamentalement universel. Donc l'écart est universel, mais il n'est jamais entièrement anticipable. Il est « tendanciellement » anticipable, mais jamais entièrement. »*

L'imprédictibilité du décalage entre ce que les ergonomes appellent aujourd'hui le travail prescrit et le travail réel n'en fait pas pour autant un objet inextricable ou qui devrait être regardé comme négatif ou secondaire. La prise en compte de cet écart est au cœur de la compréhension du travail. Rappelons que l'analyse du travail s'appuie sur des observations et des verbalisations (directes ou différées) pas sur des normes, du contrôle ou du jugement. Ces points de vue peuvent être appelés à intervenir mais dans un autre temps, pour d'autres visées.

D'après Clot (2008a), l'enjeu des notions de travail réel et de travail prescrit est de chercher à décrire et à interpréter « ce qui se passe entre les deux, comment et pourquoi s'opèrent des réaménagements, des remaniements ». Cette perspective générale est

déterminante mais complexe. Elle implique de choisir les niveaux pertinents d'objectivation et de savoir comment les chercher. Nous retenons plusieurs angles d'attaque théoriques dans la tradition de l'analyse du travail : la clinique de l'activité, la psychodynamique du travail, l'ergologie et l'ergonomie. Chaque perspective tire des fils différents mais toutes retiennent la subjectivité du travailleur (encadrants ou employé) comme opératrice centrale des remaniements de la tâche, sans préjuger des motivations et des effets pour le prescripteur et le réalisateur. Dujarier inclut les dirigeants comme opérateurs de réélaborations (Dujarier, 2010b) de leurs propres prescriptions et de celles de tiers internes ou externes au système managérial et productif. S'intéresser à la subjectivité impose que nous impliquions le professionnel à la fois comme sujet et comme analyste de son travail. La définition du sujet (travailleur et analyste) sera reprise ultérieurement. Elle est au fondement, central de notre point de vue, des différents concepts et perspectives que nous décrivons ci-après. Nous avons choisis de les mobiliser aussi pour leur intérêt spécifique.

1.2.2 Ce qui se passe entre les deux : remaniement et renormalisation

Pour Clot (2008a) et la clinique de l'activité, le fil à tirer est celui de l'activité. L'activité « réalisée ou empêchée » est tout à la fois ce qui se passe dans le réel et entre le prescrit et le réel (Clot, 2008a). C'est l'objet carrefour. Il s'agit de l'étudier en priorité. A la fois gestes, postures, langage, processus cognitifs, engagement de l'affectivité, etc., l'activité est un monde et un concept central en psychologie du travail et dans notre recherche. Nous y reviendrons de manière détaillée dans le paragraphe dédié.

De son coté Christophe Dejours (2000) parle du « travail vivant ». Selon lui, et la psychodynamique du travail, l'économie psychique des personnes se trouve au centre de toute action, dans un engendrement réciproque plus ou moins heureux en fonction des situations, plus ou moins bénéfique, mais inévitable. Dejours (2000) développe l'idée que le travail constitue une production de l'économie psychique et une contribution, il en est le produit et le moteur. Dans cette dynamique, les clefs de compréhension privilégiées sont les notions de vécu, de souffrance et de plaisir au travail et leurs corollaires dans l'action : les pratiques de préservation de soi, de régulation, de compensation ou de défense. Pour Dejours, la notion de travail, entendue comme tension, remaniement et réalisation (de soi et de la tache), est indissociable de celle de santé et de souffrance. Dans cette perspective, Pascale Molinier (2002) précise que les écarts entre le travail prescrit et le travail réel ne sont pas du seul

ressort de la subjectivité, ils se construisent en miroir des dissociations et des contradictions présentes au cœur des prescriptions elles-mêmes. L'étude des prescriptions, des distorsions entre leurs ressources et leurs contraintes et entre les principes énoncés et les principes réels, est tout aussi déterminante pour comprendre les pratiques de régulation des opérateurs (Molinier, 2002, 2010 ; Dejours, 2000). Nous développerons les notions de souffrance, régulation, compensation et défense, clefs pour notre travail, dans l'étude des liens entre la santé et le travail.

Pour sa part, Schwartz (2000) décrit ce qui se passe entre le prescrit et le réel comme des « dramatiques d'usage de soi ». Selon lui (2008), il s'agit de chercher la façon dont les opérateurs vivent les multiples interdépendances et contradictions en jeu dans le travail, dans leur tête autant que dans leur corps. Schwartz parle de débats de normes, « la structure essentielle de l'activité est toujours un débat de normes, plusieurs débats de normes. » Les normes évoquées peuvent être officielles, fixées par les donneurs d'ordre et la loi, ou tacites, cachées, culturelles, identitaires, historiques, etc. Pour Schwartz (2008), travailler consiste en

> *« une multitude de débats entre des normes antécédentes et des « tendances-obligations » à renormaliser ».*

Cet auteur qualifie le remaniement du prescrit en réel de renormalisation. Il constitue tout à la fois du débat, de la transformation plus ou moins stable et de la production de nouvelles normes, le tout entre soi et soi, soi et les autres et les autres et soi. Nous y reviendrons.

D'un point de vue ergonomique, le travail réel « implique des compromis entre efficacité productive, place dans le groupe, préservation de soi et de sa santé (Caroli et Weill-Fassina, 2004) ». François Hubault (1996) s'intéresse à la performance sous l'angle de la résolution des conflits de logiques entre tache à réaliser et activité. Pour cet ergonome ce sont les négociations et les compromis internes aux opérateurs qui sont au cœur du travail réalisé :

> *« La tâche prescrite par un concepteur ou un supérieur correspond à la logique technico-organisationnelle. La tâche réelle correspond à la logique du vivant. La tâche réelle est une réinterprétation par l'opérateur de la tâche prescrite dans un processus de négociation interne prenant en compte les coûts de l'exécution de la tâche par l'opérateur (coûts physiques et psychiques), les contraintes de la situation, de l'opérateur et de la tâche, les gains pour la structure de travail et pour l'opérateur ».*

La performance n'est pas réductible aux bénéfices du travail pour le donneur d'ordre ou pour l'opérateur. Elle inclut les processus de conflits et de compromis, les coûts humains cachés (fatigue, stress, précarité, autocensure, usure, soins divers, etc.), autant que leurs résultantes.

La notion de performance, indissociable de celle de compromis, comme celle d'activité, de souffrance, de régulation et de dramaturgie de soi, retient que le travail n'est jamais ni pure exécution, ni simple engagement directement observable du corps, des processus cognitifs et des valeurs. Tous ces concepts recouvrent des processus internes, plus ou moins cachés, conscients ou non, de régulation, d'arbitrages et de décisions. Ces dynamiques internes (physiques, psychiques et sociales), aux prises avec les prescriptions et les ressources externes et indissociables d'elles, sont sous-jacentes à tous les comportements et à la performance finale. Nous allons les étudier en suivant.

1.3 L'activité

1.3.1 L'activité selon les ergodisciplines

Les ouvertures scientifiques que Daniellou (2015) appelle les « *ergodisciplines,* soit au moins l'ergologie, la clinique de l'activité, la psychodynamique du travail, la clinique médicale du travail, une petite part de la sociologie du travail et l'ergonomie, qui ont en commun la référence – qui n'est pas rien – au travail réel et au travail prescrit, qui ont en commun le fait que la santé est une construction, qui ont en commun le fait que la femme ou l'homme qui est au travail est là avec toute son histoire, etc. » (p.14) a abandonné la notion de tache pour celle d'activité. L'activité déborde et complexifie la notion de tâche (Montmollin, (dir.)1995 ; Hubault, 1996 ; Daniellou, 1996 ; Falzon dir. 2004 ; Rabardel, 2005 ; Schwartz, 2008), c'est une « unité d'analyse plus ample » (Clot, 2008a). D'après Larousse (Larousse.fr, 2016), son périmètre comprend l'idée de faire et de vivant, « un ensemble de phénomènes par lesquels se manifestent certaines formes de vie, un fonctionnement, une faculté ou une puissance d'agir ». Pour la psychologie du travail et l'ergonomie, cette définition peut être dépliée. Derrière le faire et le vivant, se trouvent toujours soi et les autres.

1.3.1.1 Le travail complexifié du coté de la subjectivité

Depuis la fin des années 90 et le début des années 2000, l'ergonomie privilégie le concept d'activité comme représentant

> « *Tout ce que l'individu met en œuvre, dans ses aspects observables et inobservables pour réaliser la tâche. On distingue : l'activité comme processus se déroulant dans le temps et l'activité comme réalisation, par opposition à la tâche comme prescription d'objectifs et procédures.* » (Montmollin, 1995).

En plus de la mécanique et de l'énergie du corps, l'activité tient compte des composantes affectives, cognitives, sociales de l'action (Falzon dir. 2004, p.24). Elle complexifie la tâche effective qui est progressivement abandonnée (Hubault, 1995 ; Daniellou, 1996). Parallèlement, les notions de tâches et tâches prescrites se superposent (Montmollin, 1995). En 2006, Daniellou constate que « Les dimensions subjectives, interpersonnelles, sociales, historiques de l'activité humaine ont acquis droit de cité dans une partie de la production en ergonomie ». En 2015, dans un entretien pour la revue Travailler, il précise que, pour lui, la question de la subjectivité ne peut plus être exclue des questions de sécurité souvent hermétiques à la centralité du sujet VS la règle et la conformité. « Dès qu'on travaille sérieusement les questions de fiabilité, de sécurité des systèmes à risques, on retombe sur la question des espaces de débats sur le travail, des espaces de discussion, et donc sur la question de la subjectivité. » (Daniellou, 2015, p.12). Il souligne que c'est aussi un enjeu pour les questions de santé. « On ne peut pas travailler sur les questions de santé sans s'intéresser à la subjectivité. C'est évident pour les RPS, mais, dès qu'on creuse un peu, ça l'est aussi pour les TMS » (Daniellou, 2015, p.12). Comme Daniellou, Falzon (dir. 2004) affirme qu'« il faut élargir considérablement le champ des régulations de l'activité inventoriée. » (p.24).

A l'origine de l'utilisation de ce concept, la psychologie du travail (comme une partie de la psychopathologie du travail avant elle) a toujours inscrit la notion d'activité du côté de la subjectivité des travailleurs. Pour Dejours (2010), le professionnel est toujours « sujet du travail » (p.28). Mais il est aussi « sujet doté d'un corps » (Lhuilier, 2006a), subjectif et social (Clot, 2008a). L'activité couvre le large périmètre « des rapports à soi, aux autres et à la société » (Rabardel, 2005, p.18). Dans ses travaux sur le travail thérapeutique, François Tosquelles (2012) précise l'enjeu de cette notion du coté de toute son humanité

> *« Activité ne veut pas dire mouvement quelconque ni mouvement adapté. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir le cas échéant dans le contexte social. »*

Barbier et Galatanu (2000) soulignent qu'« étymologiquement l'activité désigne le potentiel que présente un être vivant de transformation de lui-même et de son environnement » (p. 17).

Elle n'est pas une simple exécution, ni une somme d'aptitudes et de compétences en action. Selon Sznelwar et Hubault (2015) la notion d'activité porte une « vision non réifiée de l'être humain au travail » (p.54). Elle recouvre « la possibilité de se frayer une voie vers l'émancipation, le développement professionnel, la réalisation de soi, la construction de valeurs éthico-morales » (p.54). Elle constitue une dynamique d'engagement personnel et de transformation de la tache et de soi. Elle mobilise et transforme le réel (Barbier et Galatanu, 2000). L'activité prend en compte toutes les dimensions subjectives, interpersonnelles, sociales, physiques et psychosomatiques (Lhuilier, 2006a) de l'action et du travail. Selon Clot (2008a) et Schwartz (2008), l'activité est une unité d'analyse qui fonde mieux que tout autre la question complexe du travail. Schwartz (2008) écrit que le concept d'activité

> *« ne peut pas appartenir à une discipline particulière. Parce que là, aussi bien le champ du discursif – de ce qui peut être mis en mot – que les champs de la psychanalyse, de la psychologie, du social, de l'éthique, du marchand, sont convoqués pour dire ce qui se passe. »*

Pour Schwartz, comme pour les ergodisciplines (ergologie, clinique de l'activité, psychodynamique du travail, psychosociologie du travail, disciplines cliniques du travail, ergonomie) la notion d'activité porte le modèle simultané de l'individu, de son travail et de leur complexité ontologique.

1.3.1.2 L'activité réelle

Clot (2006) déplie encore d'avantage ce concept en l'ouvrant aux activités présentes dans le non mouvement et le non réalisé, aux activités qui se cachent dans le sujet, derrière une apparente inertie

> *« Il ne faut pas confondre l'activité réelle du sujet avec l'activité réalisée dans la tâche qu'il accomplit. De ce point de vue, même une inactivité manifeste peut trahir une activité psychologique débordante. »* .

Cette idée est au fondement de la clinique de l'activité. Elle ouvre l'analyse à ce que Clot (2006) appelle l'activité empêchée et l'activité réelle

> *« L'activité réalisée dans les objets n'a pas le monopole du réel de l'activité. (...) Ainsi, l'activité empêchée comme l'activité rêvée ne peuvent être écartées du champ de l'activité réelle. »*

Nous retiendrons cette notion d'activité réelle. Ainsi dépliée, elle enracine le travail dans tout ce qui se passe, irréductible aux activités réalisées et aux faits bruts. La distinction entre réel et réalité est centrale pour Clot (2006, 2008a, 2010) et plus généralement en clinique du travail (Lhuilier, 2006a ; Clot et Lhuilier, 2010). Dans cette perspective, les conflits et les remaniements du travail ne se résument pas à leurs dimensions interpersonnelles, organisationnelles ou techniques, ils s'inscrivent dans le sujet lui-même. Dans cette perspective, Clot (2006) souligne que « l'opérateur étant toujours plus grand que l'opération », le travail réel est toujours plus ample que les prescriptions. Il s'élargit à l'homme qui est simultanément acteur de son intégrité et de ses productions. L'activité de travail c'est l'activité réelle qui est toujours une activité de production et de vie. Cette perspective fait l'objet d'une importante littérature en cliniques du travail (Lhuilier, 2006a, 2006b, 2010 ; Clot, 2006, 2008 ; Clot et Lhuilier, 2015 ; Dejours, 2000 ; Schwartz, 2007, 2008 ; Fernandez, 2009 ; Molinier, 2010 ; Almudever et coll., 2013). Dans cette tradition, Schwartz (2007) constate, pour sa part, que l'activité est tout à la fois action et lutte pour la conservation de soi dans l'action. Il souligne aussi que cette dynamique n'est pas univoque. Si l'activité est toujours un effort et une peine, elle ne contribue pas uniquement à la préservation de soi en minimisant ou en transformant les effets de cette peine, elle permet aussi de produire du développement et de la reconnaissance de soi. En référence aux travaux de Georges Canguilhem (1966), Schwartz (2007) définit l'activité, ambiguë et coûteuse, comme vitale. « La Vie peut être définie à travers l'activité qui est en lutte permanente avec « l'inertie et l'indifférence ». » (Canguilhem dans Schwartz, 2007).

L'activité réelle, c'est la manière dont les travailleurs vivent et transforment toutes les résistances (physiques, sociales, psychiques) du réel, à des fins de travail et de vie. Selon Clot et Leplat (2005), son issue est généralement la réalisation du travail visé mais elle peut parfois conduire à des effets inattendus : erreurs, incidents, accidents

> *« Des effets non souhaités accompagnent aussi éventuellement des effets qui eux étaient bien visés. Ces effets parasites ont été souvent décrits en analyse du travail : par exemple, le conducteur a bien évité un obstacle, mais, ce faisant, il en a heurté un autre. »*

Pour ces auteurs (2005) « La connaissance et l'analyse de ces effets indésirés sont particulièrement utiles pour l'analyse de l'activité. Ils sont des symptômes révélateurs des caractéristiques de l'activité ». De notre point de vue, ces connaissances s'avèrent particulièrement utiles dès lors que nous nous intéressons à la santé. Nous y reviendrons.

1.3.1.3 La théorie du système des activités

Nous l'avons vu, l'activité de travail se rapporte à l'activité réelle. Cette notion est une unité d'analyse qui déborde tous les cadres de la prescription et notamment les espaces et les temps officiels de travail. En 1987, Jacques Curie et Violette Hajjar observent des activités beaucoup moins délimitées par l'organisation formelle du travail que le cadre réglementaire et gestionnaire (contrat de travail, fiche de poste, procédures, etc.) le laissent penser. Ils montrent que, particulièrement pour les cadres, les sphères de la vie de travail et de la vie privée sont en interactions étroites, qu'il existe des effets du travail sur la vie hors travail et inversement. Curie et Hajjar (1987) affirment

> *« le travail apporte à la vie hors travail des contraintes et des ressources multiples. [...] Mais la vie hors travail constitue réciproquement pour la vie de travail une source de contraintes et de ressources (attentes, compétences, ressources relationnelles etc.) »* (p. 44).

Pour rendre compte de l'invariance de l'existence de ces interactions ils parlent du « système des activités » (Curie et Hajjar, 1987) comme

> *« l'ensemble des activités effectivement réalisées par le sujet (ce qu'il fait) pour résoudre les données du problème qu'il prend en compte [...] et les relations qui existent entre les activités constitutives de ce système. Le fonctionnement de ce système dépend des régulations mises en œuvre par le sujet en fonction de son modèle de vie et des contraintes et ressources de ses conditions de vie »* (p. 48).

En 2000, Curie affine la théorie du « système des activités » en s'intéressant d'avantage aux activités elles-mêmes. D'après cet auteur, la compréhension des activités professionnelles passe par celle des actions hors temps de travail

> « *Dans la vie extra professionnelle se construisent des savoirs, des systèmes de valeurs, des capacités de contrôle émotionnel de l'action, des systèmes explicatifs des événements qui font partie des compétences requises dans le domaine professionnel, mais qui restent largement ignorées en raison d'une approche disjointe des conduites de travail et des conduites hors travail* » (p. 396).

Le système des activités de Curie (2000) décrit autant les dynamiques et les interactions entre les activités, entre la vie dans et hors temps de travail, que dans l'activité elle-même. Jacques Curie (2000) privilégie les conceptions du sujet actif et du « Soi unitaire » (Green, 2013),

psychique, somatique et social. Il observe qu'il y a de la vie privée dans le travail et des traces du travail (psychique, somatique et social) dans les activités privées.

1.3.2 Organisation et régulation des activités

1.3.2.1 L'organisation du travail

Dans le cadre de notre étude, nous cherchons à observer et à interpréter les activités de travail. Nous l'avons vu, ces dernières sont simultanément inscrites dans le sujet et organisées par des prescriptions sociales, gestionnaires et réglementaires, plus ou moins formelles. Pour Clot et Leplat (2005) citant Suchman (1987) la connaissance de l'organisation du travail est « cruciale pour l'interprétation de l'action » (p. 178). Toujours selon ces auteurs, comprendre l'action nécessite de s'intéresser au « couplage de l'opérateur avec ses conditions de travail » (2005, p.178). Intéressons-nous à ce couplage qui, comme l'activité elle-même, est toute à la fois de nature interne et externe et aux opérateurs (Lhuilier, 2006a).

Dans un ouvrage-somme en psychologie du travail et des organisations, Brangier, Lancry et Louche (2004) définissent l'organisation du travail en tant que

> *« regroupement d'hommes et de femmes, ordonné selon une rationalité, en vue de réaliser des objectifs plus ou moins partagés, et caractérisé par : une division du travail, du pouvoir et des responsabilités ; l'existence de réseaux de communications ; des systèmes de contrôles des objectifs pour veiller à sa survie ou son développement. »*

Cette définition éclaire l'organisation du travail comme agencement rationnel. Elle se focalise sur les différentes dimensions en jeu (opérateur, réalisation, objectif, communication, contrôle) et la structuration de leurs interactions dans le travail productif (division du travail et des responsabilités, réseaux, partage, pouvoir et systèmes de contrôle). Pour les auteurs, cet ordonnancement prescrit est à la source de la conduite du travail, de sa viabilité et de son développement. Philippe Davezies (1999) complète cette définition en l'ouvrant aux processus continus de remaniements individuels et collectifs tout aussi inhérents et nécessaires, d'après lui, à la bonne tenue du travail.

« *Il n'existe aucune organisation sociale qui ne soit portée, construite et reconstruite en permanence par les hommes et les femmes qu'elle rassemble. (Elle) est le résultat des compromis négociés par chacun de nous entre exigences de préservations et de construction personnelle d'un part et exigence de production d'autre part.* »

Dans cette même logique, Schwartz (2008) s'intéresse à l'idée de prescription. Selon lui toutes les exigences externes et internes du travail, l'organisation officielle, les règles moins formelles et les normes propres aux travailleurs, sont sources de prescriptions. Cette notion lui semble irréductible à l'officiel, au rationnel et au cohérent, elle inclut l'informel, l'irrationnel et la contradiction. Schwartz (2008) et Molinier (2006) soulignent, nous l'avons vu précédemment, que l'irrationnel et la contradiction ne sont pas propres aux sujets, elles appartiennent aussi aux prescriptions officielles.

Schwartz s'accorde avec Davezies (1996) sur ce point : la contradiction et les mises en tensions associées sont des caractéristiques centrales de la situation de travail, du couplage opérateur-conditions de travail. Ils diffèrent toutefois sur l'angle d'attaque et les modalités d'analyse de ces dynamiques. Pour Davezies (1999), l'unité d'analyse est ce que les opérateurs font avec ces contradictions et ce qu'ils en font. Comprendre le travail, c'est comprendre les compromis (Hubault, 1996), comme processus et comme résultat, construits avec les contradictions du travail. Schwartz (2000), pour sa part, nous invite à chercher dans les situations de travail, les normes, les tensions entre les normes, les débats qui les accompagnent et leurs conséquences (en termes d'activités et d'effets). Il expose (2008) le sens théorique et pratique de sa pensée dans un exemple critique

« Un des ingrédients du « vrai » travail d'un pilote d'avion dans son cockpit, à côté du second-pilote, est de combler ces trous de normes avec ses ressources, son histoire, son savoir. Dans ce cas, l'arbitrage entre usage de soi par les autres — les procédures très technicisées — et toute renormalisation proposée, est un arbitrage qui peut ne pas convenir à l'autre pilote du cockpit. Ce qui fait qu'il y a un nouvel arbitrage entre différents débats de normes, et je crois que le travail est toujours cet arbitrage, et pas seulement dans un cockpit. On est toujours à arbitrer entre ses propres débats de normes et ceux des autres. »

Cet exemple montre comment, d'après Schwartz, l'organisation du travail est un couplage et un arbitrage perception-analyse-exécution-renormalisation de la prescription. Il décrit l'existence d'écarts entre les activités de pilotage et les tâches prescrites. Ce travail individuel et collectif (il y a ici un débat entre pairs) de reconsidération des consignes en situation (ce que Schwartz appelle le « vrai travail ») se fait en réponse à une évaluation permanente des

consignes officielles et des composantes réelles de la situation, des objectifs de production et d'intégrité de soi. Dans une situation donnée, cet arbitrage oppose parfois normes de sécurité et perception subjective de l'action adaptée à conduire. Cette alternative personnelle (individuelle ou collective) peut être une violation de la règle sans être une violation de la sécurité effective, bien au contraire, en l'assurant mieux encore que ne l'aurait fait l'application de la règle (Amalberti, 1996). D'après Schwartz (2000), les modalités pratiques de la production et de la préservation de soi conservent une part d'imprédictibilité, « chaque situation de travail est une singularité, son existence n'est jamais totalement donnée à l'avance ». Mais le constat paradoxal n'en reste pas moins stable : la renormalisation peut produire une situation de travail plus sûre que la stricte conformité aux règles de sécurité. Cette contradiction est à ce point nécessaire à la production qu'elle est au cœur du concept de fiabilité développé par l'ergonomie (Reason, 1993 ; Leplat, 1985 ; Almaberti, 1996 ; Cambon de Lavalette et Neboît, 1996). Tous ces constats complexifient le sens de la non conformité. Dans les ergodisciplines, de nombreux travaux se sont intéressés au concept de régulation pour rendre compte des dynamiques internes et externes du travail réel et du sens pour la production, la santé et la sécurité, de la non conformité (Clot, 2006 ; Leplat, 1997, 2006 ; De La Garza et Weill-Fassina, 1995 ; Faïta, 1997 ; Guyot, Weill-Fassina, Valot, et Amalberti, 1996 ; Caroli et Weill-Fassina, 2004 ; Cru, 1987 ; Rogalski et Marquié, 2004 ; Samurçay et Rabardel, 2004 ; Falzon, dir. 2004 ; Montmollin, 1984 ; Cellier et Mariné, 1984 ; Amalberti et Hoc, 1998 ; Mariné et Navarro, 1980).

1.3.2.2 La régulation

Jacques Leplat (1997, 2006) s'intéresse aux propriétés, aux conditions et aux effets des activités par l'intermédiaire du concept de régulation. Pour cet auteur (2006), toute activité de travail correspond à

> *« une situation de résolution de problème qui l'oblige* (l'opérateur) *à recourir à des connaissances issues de sa formation ou de son expérience. (...)* (La régulation) *permet de mettre en évidence l'importance de la notion de but dans l'activité : élaboration et fixation du but, identification et coordination des différents buts, évaluation des résultats de l'action par rapport au but. Il souligne aussi le rôle majeur du traitement de ces écarts au but pour la définition de l'action destinée à les éliminer. »*

Pour Leplat, travailler est un « problème » multidimensionnel qui pèse sur l'opérateur. Ce dernier cherche à le résoudre au regard de visées, de ressources et d'une dynamique d'évaluation continue de l'atteinte de ses différents buts. Ce processus poursuit la continuité et l'efficience de l'action. Caroli et Weill-Fassina (2004) montrent qu' « en situation de travail et dans d'autres cadres théoriques, on a pu mettre en évidence d'un point de vue cognitif, par exemple, des modifications de prises d'informations (Cellier et Mariné, 1984), la transformation des propriétés retenues sur des objets (Falzon, 1994), l'extension du champ de supervision et de contrôle (Hoc, 1996) » (p.311).

Nous l'avons vu, travailler est une régulation au sens général. Les activités, leurs buts, leurs ressources et leurs effets positifs ou négatifs, évoluent et se transforment de façon interreliée, avec plus ou moins de stabilité, sans jamais se régler définitivement. Dans son modèle de régulation, Leplat (2006) observe que la règle (interne ou externe aux sujets) se révèle une composante essentielle mais non exclusive de la régulation

> *« Régulation et règle sont des mots de la même famille mais quelquefois abusivement considérés comme synonymes. (…) Il faut distinguer l'expression de la règle de son application, de son suivi (rule following), le résultat duquel ne dépend pas seulement de la règle, mais des conditions dans lesquelles celle-ci doit être appliquée, conditions qui ne peuvent jamais être complétement définies (Gill, 1996). »* (Leplat, 2006, p.)

Selon Leplat la continuité et le sens du travail ne pourraient être exclusivement garantis par la prédiction et la prescription, les conditions de régulation débordent inévitablement les règles. Ces dernières, du ressort des opérateurs, peuvent se décrire comme des « prises d'autonomie » par rapport aux normes (Maggi, 1996 dans Caroli et Weill-Fassina, 2004).

Caroli et Weill-Fassina (2004) constatent que si les règles peuvent faire l'objet de contournement, elles peuvent aussi faire l'objet de réélaboration durable en dehors des prescriptions formelles et se transformer en véritables règles de métier (Cru, 1997 ; De La Garza et Weill-Fassina, 1995 ; Faïta, 1997 ; Guyot, Weill-Fassina, Valot, et Amalberti, 1996). Dans la durée, l'individu développe et organise ses ressources et ses manières de faire autour de buts redéfinis à la marge des prescriptions officielles qui garantissent la continuité et le sens du travail. Quand ces règles alternatives s'installent au cœur du travail réel et se transmettent entre pairs, elles peuvent se transformer en règle de métier (Cru, 1997) et participer à la constitution d'un groupe soudé par ces pratiques, le collectif de travail. En étudiant le modèle de Leplat (1997) Rogalski et Marquié (2004) retiennent que

« l'activité du sujet (…) a un impact sur lui-même et sur les autres acteurs avec lesquels il interagit ou auxquels il adresse cette activité. La performance fait ainsi intervenir tout ce qui dans l'action vise ou produit un effet sur les acteurs et co-acteurs » (p.143).

Le collectif de travail ne se définit pas par une liste d'acteurs et de taches de différentes dimensions, il présente une cohérence d'activités de régulation (Montmollin, 1984 ; Rogalski et Marquié, 2004). Le couplage du travailleur avec ses taches et avec ses pairs implique plusieurs niveaux interreliés de finalités, de contraintes, de ressources et d'effets. Les effets des activités, quels que soient leur nature et leur impact immédiat, sont au cœur de la régulation.

1.3.2.3 Effets et limites de la régulation

Nous l'avons vu, les ergodisciplines distinguent divers registres d'activités interreliées relevant du sujet travaillant : production, compétition, conversation de soi, apprentissage, innovation, etc. Selon Leplat (2006), le propre de la régulation est d'organiser tous les buts afin de rendre l'action possible et durable. Cette dynamique est instrumentale, elle est d'abord fonctionnelle. Sa fonction principale est de tenir ensemble les différentes finalités des activités de travail en organisant l'action et les multiples effets des activités, visés ou non, attendus ou pas, ressources ou contraintes dans la situation de travail.

Leplat (2006) insiste sur l'importance de l'idée de fonction. La régulation porte les intentions de l'action. Elle prend en charge ses effets pour les réintroduire dans les logiques poursuivies. Cette dynamique fonctionnelle priorise les finalités du travail réel (productif, compétitif, protecteur, développemental, etc.) à la stabilité des chemins, et des manières de faire, empruntés pour les atteindre. Leplat (2006) parle de la régulation comme d'un « phénomène de vicariance qui marque la possibilité d'obtenir le même effet par des voies différentes » (p.). Cette propriété permet à l'opérateur de mobiliser et de développer un réseau de ressources et de buts afin de suppléer la résistance du réel et d'assurer les différents défis de son travail. Selon Leplat (2006), une des fonctions de la régulation est d'assurer la plasticité, l'intelligence adaptative et créative, du travail réel. Elle permet au travailleur de solutionner un problème immédiat et de développer les conditions (internes et externes) pour le résoudre dans de nouveaux contextes

« *Là, deux voies s'offrent à lui : ou bien s'attacher à la seule recherche d'une solution et s'estimer satisfait quand il l'a trouvée, ou bien, parallèlement à la recherche de cette solution ou à sa suite, élaborer la procédure qui lui permettra ultérieurement de résoudre non seulement ce problème, mais encore les problèmes de même type susceptibles de se présenter.* »

La régulation est apprenante. Les opérateurs utilisent les résultats, positifs et négatifs, de l'action pour développer leurs connaissances et leurs futures réalisations. En plus de leur activité productive, ils déploient des activités de protection et de développement orientées vers eux-mêmes (Samurçay et Rabardel, 2004). Parmi celles-ci, aux cotés des activités fonctionnelles, préparatoires ou directement relatives à la production, Falzon (1994) parle d'activités métafonctionnelles.

« on constate lors de l'analyse de situations de travail l'existence d'un autre type d'activités : les activités métafonctionnelles. Il s'agit d'activités non directement orientées vers la production immédiate, activités de construction de connaissances ou d'outils (outils matériels ou outils cognitifs), destinés à une utilisation ultérieure éventuelle, et visant à faciliter l'exécution de la tâche ou à améliorer la performance. (...) les activités métafonctionnelles sont parfois, mais rarement, formalisées et reconnues. Le plus souvent, elles sont spontanées et ignorées. Elles sont dans certains cas clandestines et combattues par l'organisation. Or il s'agit d'activités nécessaires pour l'évolution et le développement du savoir technique. » (p.2-3).

Pour Falzon, l'expertise des travailleurs se développe dans toutes leurs activités, celles directement productives et celles qu'ils déroulent pour améliorer la conduite des futures situations de travail. Les observations de Falzon rejoignent les conclusions de Cellier et Mariné (1984) pour qui la différence entre un opérateur novice et un expert (Rogalski et Durey, 2004) dépend de la durée de leur expérience professionnelle, au sens de la transformation continue de leurs activités et de leur situation de travail. Caroly et Weill-Fassina (2004), soulignent quant à elles que « le développement des compétences au cours de la vie professionnelle n'est pas à concevoir seulement comme une accumulation de savoirs et de savoir-faire mais (…) par la mise en œuvre de stratégies de plus en plus multifonctionnelles (Pueyo, 1999), c'est-à-dire dont le but est de coordonner les différents pôles de l'activité. » (p.328). Nous développerons plus loin l'idée de stratégie. Rogalski et Marquié (2004) nuancent les conclusions des auteurs que nous venons de citer en rappelant que les activités de travail ne peuvent pas toujours être adaptées, transformées et n'en deviennent donc pas nécessairement apprenantes

« *Il faut souligner qu'une évolution « majorante », où les compétences se développent n'est pas assurée : la répétition des mêmes situations routinières peut ne pas développer la compétence, au contraire ; Yates (2001) parle même de experienced incompetence* ».

Pour Flageul-Caroly, les régulations individuelles et collectives, indispensables à la production, à la préservation de soi et au développement des compétences ne se trouvent pas données d'avance par la situation de travail. Elles dépendent des marges de manœuvre laissées par l'organisation du travail (Flageul-Caroly, 2001 dans Caroly et Weill-Fassina, 2004). Cette plasticité (ou rigidité) des conditions officielles du travail et des modalités d'évaluation et de sanction des prescripteurs face aux « prises d'autonomie » des travailleurs. Elles dépendent aussi, et nous le verrons dans notre chapitre sur la santé, des différentes stratégies de préservation de soi des opérateurs.

Dès l'introduction de ses travaux, Leplat (2006) alerte sur les limites de son approche des activités par la régulation, aucun modèle théorique n'épuisant jamais les propriétés de son objet (p.1). Mais toujours selon lui, les limites et les insuffisances de la théorie de la régulation appliquée au travail humain peuvent aussi permettre de révéler certaines de ses propriétés. Dans ce cas précis, il constate (Leplat, 2006) que

« *Le problème devient plus difficile lorsque les tâches sont plus complexes, les critères et les règles à respecter plus nombreux. La coordination des buts est alors plus délicate à concevoir et à analyser. C'est le cas des conflits de règles pour lesquels la recherche de compromis est à la fois difficile à réaliser comme à analyser.* »

D'après Leplat, la régulation, tant du point de vue de sa fonction que de sa connaissance, butte sur l'association d'une grande complexité et de contradictions entre les prescriptions, les buts et les règles du travail. Dans ces situations, les activités (leurs conditions et leurs effets) ne semblent plus pouvoir se réguler, s'organiser de manière équilibrée. De nombreux auteurs partagent les observations de Leplat et les resituent dans leur dynamique gestionnaire (Schwartz 2000, 2008 ; Boussard, 2008 ; Gollac, 2012 ; Gollac et Volkoff, 1996 ; Valléry et Amalberti, 2006 ; Sarnin, Carolly et Douillet, 2011 ; Gaulejac, 2005, 2006 ; Le Goff, 2000). Selon leurs travaux, les organisations ne sont plus pilotées sur la base d'une connaissance partagée du vrai travail, des activités réelles (de production, compromis, renormalisations, réélaborations, majorations, récupération, etc.) mais sur celle d'un discours général, souvent judiciarisé, qui masque l'infinie diversité des situations de travail et les responsabilités de l'organisation officielle du travail. Toutes ces analyses ne montrent pas seulement les insuffisances de la régulation, il expose celles de situations de travail trop complexes et

contradictoires qui débordent les niveaux tenables des activités et de leurs effets. Des situations de « travail dégradé ».

Conclusion

L'hypermodernité (Aubert, 2004) semble mettre les activités de travail en crise. Et pourtant, en France, quarante millions de personnes travaillent malgré tout. Comment font-elles ? Que font-elles ? Que leur arrive-t-il dans leurs activités ? Où sont les autres dans ce qu'elles font ? Où sont-elles, elles-mêmes ?

Dans la tradition compréhensive de la psychologie du travail, et plus généralement des ergodisciplines, notre idée est que la réponse nécessite de croiser les perspectives. Dans le cadre de notre étude, nous mobilisons les concepts d'activité, de régulation et de système. Nous l'avons vu, pour Curie (2002), les activités hors travail prennent en charge une partie des buts, des ressources et des effets du travail. Nous formulons l'hypothèse que, dans les conditions de fortes tensions entre les exigences et les ressources des prescriptions officielles, les opérateurs externalisent d'avantage leurs marges de manœuvre en dehors du système direct et immédiat de travail, du coté du champ hors travail et plus généralement de leurs ressources « privées ». Nous l'avons vu, les sujets constituent une des finalités et des ressources du travail. Aujourd'hui, pour comprendre les résultats et les moyens de la production, nous pensons que les composantes subjectives (physiques, psychiques et sociales) nécessitent d'être analysées en priorité, avec des outils théoriques spécifiques. Nous mobilisons la notion de santé dans cette perspective, comprendre selon quelles modalités et quelles conséquences les opérateurs puisent et développent leurs ressources internes pour produire. Plusieurs concepts et théories relatifs à la santé complètent et potentialisent la portée des concepts de travail réel, d'activité et de régulation retenus pour répondre aux questions que pose notre thèse sur l'activité de travail et sur ses interrelations avec l'usage de psychotropes. Nous les présentons dans le chapitre suivant.

Chapitre 2. La santé des travailleurs

Notre recherche porte sur trois objets : l'activité de travail, l'usage de psychotropes et leurs interrelations. Dans la perspective compréhensive qui est la nôtre, l'étude de chacune de ces trois notions ne peut faire l'économie de la question de la santé. C'est dans cette logique que nous ouvrons ce chapitre « La santé des travailleurs ».

La question de la santé est aussi complexe et ambivalente que celle du travail. Elle est tout à la fois une question sociale et individuelle, une ressource et une contrainte. Comme le travail, elle se trouve soumise à la domination de lectures politiques et sociétales réductrices et instrumentales, généralement rabattues du coté des individus, sur des logiques normatives, médicales, productivistes et juridiques (assurantielles).

2.1 La santé

2.1.1 Données générales en santé au travail

Malgré les progrès technologiques qui laissaient présager une diminution de la charge de travail et des phénomènes d'usure associés, on voit apparaître de nouveaux risques professionnels (Sumer, 1994, 2003, 2010 ; Omnès, Pitty et coll, 2009) et de nouvelles pathologies de surcharge psychique et physique : burnout, troubles musculosquelettiques (TMS), syndrome anxiodépressif (Molinier et Flottes, 2012 ; Dejours 2010, 2004 ; Clot 2010 ; Loriol, 2003 ; Mazarno, 2002) à tous les niveaux hiérarchiques. Tous les travailleurs, employeurs et salariés, gèrent des conflits psychiques et physiques en lien avec l'organisation du travail, et ce avec plus ou moins d'issue favorable. Si travailler engage toujours à « vaincre toute une série de difficultés » (Pacaud dans Billiard, 2011), les chiffres en santé au travail montrent que ces victoires perdent du terrain et notamment en santé mentale (Omnès, Pitty et coll, 2009 ; Enquête Samotrace, 2009). Le droit français est ambitieux pour ce qui est

de la préservation de la santé des travailleurs, dans les faits la santé en lien avec le travail se dégrade (Gollac et Volkoff, 1996, 2006 ; Gollac, 2005).

La psychologue du travail Virginie Althaus (2013) analyse cette situation en s'intéressant aux pratiques de prévention des risques professionnels telles qu'elles sont mises en œuvre notamment sur les risques psychosociaux et à leurs résultats. Les travaux qu'elle étudie font état d'un niveau d'échec élevé pour ce qui est de la transformation des situations de travail. Une recherche publiée en 2009 (Hansez, Bertrand et Barbier dans Althaus, 2013) montre que sur 30 entreprises ayant réalisé une démarche d'évaluation du stress, une sur deux s'arrête au diagnostic. Une autre étude (Biron et al., 2010; Griffiths, 1999 dans Althaus, 2013) fait le constat que très peu de travaux sont consacrés aux manières de traduire les diagnostics des risques en actions concrètes, pas plus qu'aux moyens de les implanter. Pour Althaus (2013), la désarticulation observée entre diagnostic et transformation se niche au cœur des pratiques traditionnelles de prévention et notamment dans celles des acteurs de la santé au travail. Ces pratiques ne semblent pas mobiliser l'analyse du travail dans sa double visée de connaissance et de transformation, mais plus vraisemblablement pour vérifier et organiser l'état de conformité de la situation.

En 1997, Davezies soulignait déjà que les médecins du travail devaient « réaffirmer la spécificité d'une professionnalité orientée non pas du côté du constat mais de la transformation ». Aujourd'hui, leurs pratiques n'ont globalement pas quitté le stade des diagnostics (Althaus, 2013). Quelles que soient leurs précisions, les analyses épidémio-centrées généralement mobilisées sont d'autant moins efficaces pour transformer le travail qu'elles restent souvent d'ordre général (recherche de moyennes, de tendances ou de faits saillants). La référence au général plutôt qu'au singulier produit une représentation partielle de la situation de travail, parfois à contre-sens des activités réellement produites, des contraintes rencontrées, des ressources utilisées et des processus de transformations. Comme le précise Claude Veil : « la définition du normal (de la norme individuelle) s'oppose à la réduction, faussement scientifique, à la moyenne collective » (Veil dans Billiard, 2011).

Les constats généraux sont plutôt dans le rouge, les chiffres de la santé au travail se dégradent et les méthodes de prévention peinent à transformer les situations de travail et, pourtant, la grande majorité des sujets-travaillants ne développe pas de pathologies. Comment font-ils ? Cette question est centrale dans l'étude du rapport entre l'homme, la santé et le travail contemporain, de manière générale et dans le cadre particulier de notre recherche. Le

constat général est que nous travaillons malgré tout. Comment faisons-nous pour faire face aux tâches, aux contraintes et aux situations de travail, sans en faire une maladie ? Avec quelles ressources, internes et externes ? La psychologie du travail s'attelle à cette problématique. Ses travaux (en psychopathologie du travail, en psychodynamique du travail, en psychologie du travail et en clinique de l'activité) montrent que la compréhension des difficultés du travail ne se trouve pas dans l'analyse des accidents et des pathologies associées mais dans celle des activités, de leurs contraintes et de leurs ressources (Lhuilier, 2006a, 2010). Pour Dominique Lhuilier, cette perspective définit le travail par l'analyse de ses processus (Ombredane, Faverge, 1955) et distingue trois niveaux d'analyse : celui des conditions internes et externes du travail, celui de l'activité de travail et celui des effets de travail (Lhuilier, 2010, p.21).

Comprendre comment les personnes travaillent et défendent ou développent leur santé, nécessite de quitter l'idée courante de travail comme « milieu de vie » ou comme « exécution de consignes » pour privilégier celle d'activités.

2.1.2 Définitions et perspectives

2.1.2.1 La santé comme norme sociale

Le rapport que notre société marchande entretient avec la santé s'est progressivement instrumentalisée autour de la « capacité productive de l'individu » (Herzlich, 1984, p.28). Plongée dans des transformations morales, technologiques et économiques majeures depuis la fin du siècle dernier, cette relation s'est aussi « hypervalorisée ». Pour Jeanine Pierret (2008), la santé est devenue une « norme » multidimensionnelle. Elle fait référence à la science, à la morale, à la performance, au social et au subjectif, et s'impose à tous. Étayée sur les deux grands piliers normatifs que sont la médecine et le droit, elle constitue simultanément une valeur, un bien, un repère et une règle. Sur les questions de conduite de soi, par exemple, Maurice Corcos (2011) note qu'aujourd'hui : « la norme n'est plus religieuse ou philosophique, elle est devenue médicale et juridique ». La santé est devenue un instrument

politique puissant pour la société productiviste, à la fois refuge et protection, ressource, rampe de lancement, et obligation. Une norme carrefour en lieu et place de « l'humanité ».

Depuis le début des années 80, les hyperboles s'enchaînent dans les travaux sociologiques sur la santé. Pour Claudine Herzlich (dir. 1984), cette notion est

> « *devenue supervaleur, supercatégorie normative, « la santé » est aujourd'hui l'équivalent ou la métaphore de tout ce qui est bien.* » (p.28).

Le sociologue américain Irving Kenneth Zola (1981) décrit une société qui organise le « culte de la santé » comme une nouvelle moralité. Pour Zola, la santé n'émancipe pas les individus du contrôle social, elle n'est pas « une vision objective, mais simplement une stratégie de rechange » (p.48).

En 1991, Alain Ehrenberg publie « Le culte de la performance » (2ème ed.1999). Dans cet ouvrage, il étudie le développement de nouvelles mythologies (excellence sportive, réalisation de soi, initiative personnelle, autonomie) et leurs conséquences sur les rapports entre la société, les sujets et la santé. Ehrenberg décrit une désolidarisation progressive des trajectoires à l'intérieur du corps social, une individualisation des sujets et de leur santé. La santé est désormais une ressource individuelle au service de leur propre réussite. Chacun devient responsable de la réalisation de lui-même, dans une dynamique interne et externe de plus en plus « incertaine » (Ehrenberg, 1995). Pour Ehrenberg, cette évolution paradoxale (plus d'exigence et moins de soutien) fragilise l'économie psychique des individus. Aujourd'hui le constat s'amplifie. En 2012, René Kaës note que

> « *La manière dont les différents ordres de la réalité : politique, économique, social, culturel, juridique, s'organisent et se disloquent, affecte la vie psychique elle-même, des sujets et des groupes sociaux.* » (p.30).

Dans notre société « hypermoderne » (Aubert, 2004), ces constats sont traités comme des artefacts. Le mouvement général va vers la vitesse, la compétition, l'intensification, l'autonomie et le conformisme (Castel, 1996 ; Aubert, 2004). Dans cette dynamique irrépressible, la santé est à la fois une valeur, un instrument et « un capital à développer et à entretenir » (Amiel-Lebigre et Gognalons-Nicolet, 1993, p. 13). Inversement, la maladie est une menace. Comme le note Pierret (2008), le droit à la maladie et aux soins a été remplacé par le devoir de santé. Inscrite dans les normes de l'hygiène, de l'éducation pour la santé, de l'aptitude professionnelle, etc., l'injonction sociale est devenue celle d'être et de se maintenir en santé. La maladie est traquée par le corps social et par les sujets eux-mêmes, elle renvoie

tout à la fois à l'idée de déviance, de faute, de frein à la compétitivité (Castel, 1996) et de coût (individuel et social). Elle est essentiellement pensée sur un versant négatif, au profit de l'idée d'incapacité à travailler, d'arrêt maladie et d'arrêt du travail (Lhuilier et Waser, 2016).

2.1.2.2 La santé comme production de normes

Aux côtés de cette perspective hypernormative de la santé, nous trouvons des modèles plus complexes de l'homme et de la santé. Parmi ceux-ci, les travaux de Georges Canguilhem (2007) occupent une place de référence. Pour ce philosophe et médecin, vivre est un équilibre précaire, un conflit interne et externe permanent et une lutte qui impose d'inventer continuellement ses propres formes de vie. Canguilhem définit conjointement la vie et la santé sur les notions de création et de diversité. D'après ce médecin-philosophe (2007), la santé inclue l'épreuve du réel et peut inclure des états « anormaux » du point de vue des cadres médicaux, moralistes ou juridiques

> « *Ce qui caractérise la santé, c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles* » (p. 130).

Canguilhem réfute la définition de la santé comme strict respect des lois biologiques ou des standards sociaux. Il favorise l'idée de pluralité des formes de santé. Selon lui, elle se développe au tour du sens que l'individu lui donne et y trouve, et dans une transformation continue. Pour Georges Canguilhem (2007), comprendre la santé nécessite prioritairement de s'intéresser à la vie et au sujet vivant lui-même, à l'épreuve du réel auquel il est confronté, à tous les mouvements par lesquels un sujet s'invente au quotidien. Nous l'avons vu, cette perspective est partagée par les ergodisciplines et les approches cliniques du travail, soit en faisant directement référence aux travaux de Canguilhem, comme Schwartz (2000) et l'ergologie, Lhuilier (2006a) et la clinique su travail, Dejours et la psychodynamique du travail, soit en mobilisant des travaux d'auteurs proches de ceux de Canguilhem, comme Clot et la clinique de l'activité. Cette perspective compréhensive et développementale de la santé est la nôtre dans cette thèse. Nous la développons dans les paragraphes suivants.

2.1.3 Les liens santé et travail

2.1.3.1 Perspectives réductionnistes

Compte-tenu de tous les enjeux sociétaux énoncés précédemment, les liens entre santé et travail intéressent de nombreuses recherches. Lhuilier (2010) a analysé les grandes perspectives sous-jacentes à ces recherches. Pour cette chercheure, la majorité des travaux existants s'inscrivent en regard de l'approche normative dominante, dans des modèles réductionnistes de la santé, du travail et de leurs liens. Par « modèles réductionnistes » Lhuilier entend ce qu'Edgard Morin appelle « la science classique » (Morin dans Le Moigne et Morin, 2007, p.28), la conception scientifique traditionnelle qui rejette la notion de complexité et se base sur trois principes fondamentaux le déterminisme universel, la réduction et la disjonction

> *« Le principe de réduction, qui consiste à connaître un tout composite à partir de la connaissance des éléments premiers qui le constituent. Le principe de disjonction, qui consiste à isoler et séparer les difficultés cognitives les unes des autres, ce qui a conduit à la séparation entre disciplines devenues hermétiques les unes aux autres. »* (p.28)

Appliqués au travail humain, à la santé et à leurs interrelations, ces principes réfutent et masquent nombre de leurs propriétés. Dans ses travaux Lhuilier (2010) observe la nature des réductions et disjonctions opérées. Nous proposons de les classer sur quatre axes complémentaires (d'après Lhuilier, 2010) :

- La réduction de la santé à un « état de bien-être physique, mental et social » plus qu'à un processus complexe (concepts associés : capital, ressource, adaptation, résistance, énergie, sélection, employabilité, aptitude, etc.)
- La réduction de l'activité de travail à ses conditions internes et aux caractéristiques du sujet (concepts associés : compétence, expérience, personnalité, conformité, style, employabilité, culture, stratégie, résistance, autonomie, etc.)
- La réduction de l'activité à ses conditions externes, aux objectifs assignés (concepts associés : norme, règle, procédure, contrat, management, risques, performance, évaluation, gestion, culture, etc.)
- La réduction des liens travail/santé à leurs effets potentiellement délétères (concepts associés : usure, souffrance, risque, danger, maladie, accident, etc.).

Les observations de Lhuilier (2010) nous intéressent ici pour l'analyse qu'elle en fait du point de vue de la connaissance et de l'action. Cette auteure relève que les réductions et les disjonctions opérées par une grande partie de la recherche sur les liens entre le travail et la santé produisent une double occultation. D'une part, elles laissent la santé dans l'ombre au profit de l'étude des déficiences ou de la maladie. D'autre part, elles contribuent à la production d'explications scientifiques qui passent directement des effets mesurés aux causes identifiées sans prendre en compte ce que font réellement les travailleurs de ce qu'on leur impose ou de ce qui leur arrive (Lhuilier, 2010). Ces approches théoriques réductionnistes ne fondent pas notre recherche mais elles y contribuent. La prévalence de ce type de savoir apparaît directement liée à la domination des conceptions scientifiques traditionnelles et à leurs mises en normes médicales, sociales et juridiques. Elle dépend aussi des représentations sociales sur la santé et le travail qui n'épargnent ni les chercheurs ni leurs financeurs (Kaës, 2012). Nous étudierons leur omniprésence et leurs effets dans les organisations de travail, les services de santé au travail et les centres d'addictologie dans notre deuxième partie. Nous en discuterons les propriétés, les conditions et les effets, dans notre discussion.

2.1.3.2 Perspectives compréhensives

Aux cotés des modèles réductionnistes, nous observons des travaux qui étudient le rapport homme-santé-travail en mobilisant des modèles complexes de la santé, de la normalité et de l'homme tout en poursuivant une visée opérationnelle (Clot, dir.1996). Comme le souligne l'approche systémique (Le Moigne et Morin, 2007), la notion de complexité ne signifie ni confusion, ni superficialité ou illusion. Selon Morin (Le Moigne et Morin, 2007) « Comprendre c'est aussi comprendre qu'il y a de l'incompréhensible » (p.13). Et comprendre permet de savoir et d'agir au plus prêt (Hubault, dir. 2005). Les approches compréhensives des liens travail et santé se trouvent généralement conduites dans le champ des sciences du travail mais les disciplines dites « du travail » ne mobilisent pas toutes ces perspectives. La gestion et le management, l'ingénierie de la sécurité et de la prévention des risques, une partie de la médecine du travail, de la psychologie, de la psychologie sociale ou de la sociologie du travail s'inscrivent dans les modèles scientifiques traditionnels. Par ailleurs, nous pouvons observer dans les colloques, les revues et ouvrages scientifiques que, même dans les ergodisciplines, une partie des intervenants et des chercheurs n'échappe pas aux représentations sociales réductionnistes du travail et surtout de la santé. Dans notre étude,

entre autres objectifs, il s'agira d'identifier les idéologies sociales et les cadres conceptuels effectivement à l'œuvre pour comprendre les propriétés des situations observées et notamment le travail des acteurs de la prévention et de la santé au travail. C'est dans cette perspective que nous répertorions ici les notions centrales des approches compréhensives de la santé et du travail (comme étudiées antérieurement dans cette thèse) :

- L'homme, défini comme fondamentalement créateur (de sa santé et de ses activités).
- La santé, définie comme une dynamique et un conflit, elle est subjective et sociale (au sens d'une incontournable part de l'autre en soi, ambivalente mais vitale).
- L'activité, définie comme un engagement subjectif, un processus vivant et conflictuel nourri des conditions du travail, de ses ressources et de ses contraintes.
- La santé et l'activité, définies comme consubstantielles.

Les notions de vie, de conflit, de lutte, de diversité, de mouvement et de création (issues des travaux de Canguilhem mais aussi les nombreux contributeurs en psychopathologie ou en psychologie du travail déjà cités) sont au fondement scientifique des approches complexes de l'homme, de la santé, du travail et de leurs liens. Comme nous l'avons souligné dans notre chapitre précédent, les situations de travail et des actions situées se caractérisent par leur complexité, leur multipolarité et une grande incertitude associée (Vannereau, 2011). L'analyse corollaire est que dans un tel champ conceptuel, il devient très difficile d'établir une épidémiologie des rapports homme-santé-travail et notamment des multiples remaniements du réel, des tensions et de la souffrance des opérateurs (Derriennic, Vézina, 2001). Par définition, nous l'avons vu, l'épidémiologie s'inscrit dans le champ de la science classique, positiviste, qui ignore la variabilité, l'imprévisible et le désordre. En sciences systémiques, Le Moigne et Morin (2007) soulignent qu'ignorer l'incertitude et l'imprédictibilité dans l'étude d'une situation complexe est une erreur épistémologique profonde. Pour ces chercheurs, l'objectivation de ces réalités est possible mais pas avec les sciences classiques, statistiques notamment. L'approche systémique, comme la clinique, affirme que la statistique n'est pas la seule voie de connaissance possible. Pour Lhuilier : « La santé n'est pas un état que le travail viendrait altérer mais un processus orienté par les contraintes et les ressources internes et externes au sujet » (Lhuilier et coll., 2010, p. 2). Il s'agit de ne plus décrire et expliquer le travail, la santé et leurs liens comme des états, des causes et des effets afin de les prévoir mais de les objectiver en tant que processus, contraintes et ressources au centre duquel se trouve le sujet-travaillant et les concepts associés de

création, de conflit, d'activité, de normalité, de pouvoir d'agir, etc. Insolubles dans les concepts de mesure, norme, procédure, capital santé, risque, maladie, aptitude, prévention, etc., mobilisés par les études réductionnistes, les notions de contrainte, de ressources et d'interrelation, n'en restent pas moins observables et transformables. La psychologie du travail, l'ergonomie ou la clinique du travail notamment, s'y consacrent depuis leurs origines. Les conditions externes et internes des approches compréhensives tiennent principalement à l'accès aux opérateurs dans le respect de leur subjectivité et de leurs activités, et à « l'exploration de la complexité (…) comme projet de maintenir ouverte en permanence, dans le travail d'explication scientifique lui-même, la reconnaissance de la dimensions de l'imprédictibilité » (Cnrs, 2002, dans Le Moigne et Morin, 2007, p.22). Cette visée est fondamentale, aucune recherche compréhensive ne pourra solder la complexité de ses objets. Il ne s'agit pas d'une science de la maîtrise et de la reproduction mais du lien et de la transformation, du temps. Dans sa visée opérationnelle, elle peut être définie et mobilisée différemment en fonction des traditions scientifiques et des chercheurs mais les résultats portent tous l'idée de *liens vitaux, multipolaires, entre le travail et la santé à l'intérieur des sujets et de leurs activités*.

Clot (2006) s'intéresse à la nature subjective et sociale des activités et à leurs enjeux pour la santé. Il retient l'idée de « fonction psychologique du travail ». Le travail est un carburateur de l'équilibre psychique, l'activité et la santé mentale puisent leurs ressources dans la qualité de leurs réalisations tout en y contribuant. Avec Frédéric Yvon (Yvon et Clot, 2001), il souligne que la santé et le travail se développent conjointement dans les activités et que la nature de leurs interrelations est centrale pour le bon développement de l'une et de l'autre

> « *Pour le dire simplement, le travail remplit dans nos sociétés contemporaines une fonction psychologique dont la disparition ne pourrait avoir que des effets désastreux. Les travaux réalisés en ergonomie et en psychopathologie du travail sont là pour témoigner de leurs effets délétères sur la santé physique et mentale des travailleurs. Néanmoins, il ne faut pas confondre les effets du travail prescrit avec l'activité déployée par les sujets au travail. En même temps qu'il subit l'organisation et les conditions de travail, l'homme transforme ces contraintes en ressources pour agir, souvent malgré tout.* » (p.64).

Yvon et Clot rejoignent l'idée de « travailleur créateur de sa tâche » de Wisner (1994) qui affirme que la santé se trouve au cœur des activités, dans la création du travail par l'agent lui-

même. La possibilité de transformation s'avère une condition du travail et de la santé, sous peine, comme le soulignera plus tard Clot (2008a) « d'en faire une maladie ou au moins, de courir ce risque. » Pour Clot, l'activité doit pouvoir se remanier pour transformer et produire son travail, pour soutenir tout à la fois l'action et la santé. Tout au long de ses travaux, Clot a affiné l'idée de la centralité de la santé au cœur de l'activité de travail et de la possibilité d'agir à son idée (liée à celles de ses pairs) au cœur de la santé. Pour Clot, il faut « pouvoir agir ». Questionner les liens santé et travail nécessite de s'intéresser à l'activité et au pouvoir d'agir des opérateurs. Pour Clot, « être normal, ce n'est pas seulement être adapté, c'est être plus que normal, créatif » (p. 43), parfois en dehors des règles officielles et sans que l'issue du conflit et de la création ne soit jamais donnée d'avance.

Dejours (2000), pour sa part, étudie les liens travail et santé du coté de la notion de « normal ». Pour la psychodynamique du travail, la « normalité » est « l'horizon vital de l'action » des travailleurs (Dejours, 2000). Cette notion intègre les questions de travail et de santé dans une seule et même dynamique. Celle qui vise conjointement à la conservation et à l'accomplissement de soi et à la réalisation d'un bon travail. D'après Dejours, le travail normal des opérateurs ne fait référence ni à un état ni à une norme mais à la résistance du réel et à « une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire » (Dejours, 2000, p.3). Pour Mener à bien ses visées de production et de santé le travailleur s'engage dans une épreuve éminemment subjective. La nature et l'ampleur, physique, psychologique et sociale de cet engagement et de ses effets, échappent à toute mesure et à tout pronostic. Pour Dejours (2003)

> « *Il n'a y aucune mesure commune entre l'effort et l'effet, entre le résultat et l'expérience dont il procède, sans pouvoir en témoigner vraiment, de sorte que les dimensions affectives de la performance sont inévitablement dissonantes avec les dimensions effectives de la même performance* » (p.).

2.1.4 La normalité souffrante

2.1.4.1 La souffrance au cœur du réel

Nous l'avons vu, les ergodisciplines interrogent le travail et croisent immanquablement la question du sujet et de sa santé. En racontant leur travail, les opérateurs parlent de sens, de fierté, de satisfaction, de débrouillardise, de lien, de résistance et de fatigue, de tensions, de peur, de précarité, de solitude et d'usure, etc. Si des plaintes émergent, elles soulèvent la place prépondérante du non-répondant des dirigeants (Kaës, 2012), de l'absence de réponse en terme de prévention et de réparation (Dessors, 2010). Interroger le rapport au travail et à la santé des opérateurs, c'est croiser la question du sens et de la souffrance au travail (Dejours, 2010 ; Loriol, 2010 ; Maranda, 1995 ; Molinier, 2010). Cette réalité est complexe et paradoxale. Les salariés se plaignent de « souffrir » tout en participant eux-mêmes à la reproduction et à l'opacité des situations dégradées et des risques (Gollac et Volkoff, 2006 ; Lhuilier, 2010 ; Dejours, 2000). Ils banalisent les tensions du travail, soit pour affirmer une identité professionnelle (Gollac, 2012 ; Molinier et Flottes, 2012), soit par nécessité économique pour satisfaire les besoins du ménage (Omnès, 2009). Comme le note Davezies (1999)

> « *Les contradictions entre exigences de santé et exigences économiques et productives ne sont pas la seule affaire du médecin du travail. Nous tenons au contraire que chacun, du haut en bas de la hiérarchie, est confrontée à cette contradiction qui engage son identité et son humanité. Le travail exige de chacun qu'il réalise des compromis entre les exigences de production, la nécessaire préservation de son intégrité personnelle et le respect des valeurs sur lesquelles il fonde son identité* ».

Ces contradictions (entre réel et prescrit, dans le sujet et dans le prescrit), nous les avons précédemment développées, et les tensions psychiques, physiques et sociales associées, sont inévitables. Travailler c'est « faire avec » ces tensions mais c'est surtout faire « malgré tout ». Quelle qu'elle soit, le sujet ne subit pas seulement sa situation de travail, il tente de la résoudre, coûte que coûte, et durablement. Toute la question en terme de santé, porte sur la nature, l'intensité et l'issue, individuelles et collectives, de cette souffrance.

Pour la psychopathologie souffrir n'est pas une erreur de parcours, c'est la vie. Cette expérience prend place à la fois comme contrainte et ressource au cœur de notre confrontation au réel. Dans ce cadre théorique, la souffrance n'est pas synonyme de pathologie mais de développement (Furtos et Laval, 2005 ; Dejours, 2000). Souffrir est irréductible à la maladie mais si sa fonction vitale échoue, la souffrance peut empêcher de vivre. Elle s'inscrit dans la dynamique irréductible et continue de la vie que Canguilhem (2007) appelle le continuum du

« normal au pathologique ». Le psychiatre Jean Furtos décrit la souffrance dans ce continuum, sous trois formes interreliées (Furtos et Laval, 2005) :

- Une souffrance qui aide à vivre, qui mobilise l'action et est transformée par elle.
- Une souffrance qui encombre, qui commence à empêcher d'agir et donc de vivre.
- Une souffrance qui aliène, qui empêche de souffrir mais aussi de vivre.

Pour Furtos, la souffrance humaine est vivante, ses ressources et ses contraintes ne sont jamais données d'avance, elles sont multiples, sociales autant que psychiques et physiques (Furtos et Laval, 2005).

Du côté de la psychologie du travail et des théories de l'activité, par définition, l'activité est posée comme l'élément nodal du travail, nous l'avons vu, et de la santé. La souffrance au travail est décrite par l'altération du rapport à soi et du rapport à autrui (Clot 2008a) et par une diminution du pouvoir d'agir (Clot 2008a). Clot montre que la souffrance est une atteinte à l'intégrité de soi, intégrité physique mais aussi sociale et psychique. Elle trouve son origine les effets et la nature même des activités, dans les faux buts, les empêchements et les ressentiments, dans toute cette activité qui se répète sans atteindre ses visées et sans transformer la situation de travail. Pour Clot (2008a), une situation devient délétère dès lors qu'elle empêche les sujets de « travailler une tête au dessus d'eux », quand l'activité réalisée se nourrit de trop de buts et d'activité empêchés, quand elle ne permet plus aux opérateurs d'agir sur eux-mêmes et sur leurs rapports à l'autre, pair, subalterne ou supérieur.

Pour la psychodynamique du travail, la souffrance constitue tout à la fois le travail, la santé et la porte d'entrée pour les comprendre. Au quotidien, elle se développe entre le travail prescrit et le travail réel, dans cet espace de remaniements, des réélaborations, de « lutte entre le bien-être et la maladie » (Dejours, 2000). Pour Dejours (2000), travailler est une histoire vitale. Le travail réel est traversé d'infinies tensions dans lesquelles « souffrir c'est se débattre pour sauver sa vie ». Face à la centralité de la souffrance, comme espace de confrontation au réel et comme contrainte et ressource, Dejours, Dessors et Molinier (1994) parlent de « normalité souffrante ».

2.1.4.2 Sens moral et souffrance

Pour Pascale Molinier (2002), la normalité souffrante des travailleurs n'est pas d'ordre matériel, elle a à voir avec le champ des valeurs. Quelle que soit la nature des transformations réalisées entre le prescrit et le réel (temporalité, geste, posture, relations sociales, valeurs, etc.) par les opérateurs, les modifications les plus souhaitées « ne concernent pas le monde des choses » (Molinier, 2002, p. 134). Molinier pense qu'il faut opérer une « articulation entre souffrance et sens moral » (Molinier dans Lallement, 2011, p.18). Pour cette auteure (Molinier, 2002)

> « *Ce qui me fait souffrir dans le travail, c'est « moi-même » dans la situation, ceux sont mes propres actions, ce que je fais et avec quoi je suis en désaccord, ce que je ne fais pas et souffre de ne pas pouvoir faire ; mais aussi, et peut-être avant tout : ce que je fais sans savoir vraiment pourquoi je le fais et si je fais « bien » de le faire.* »

La souffrance ici décrite par Molinier est d'ordre éthique au sens de ce que « la personne estime bon de faire » (Ricœur cité par Baudoin, 1994, p.20, dans Molinier). Comme Dejours (1994), Molinier parle de « souffrance éthique » (Molinier dans Lallement et coll., 2011, p.18). Du point de vue de la psychodynamique du travail, « éthique » peut être entendu comme « interrogation sur le sens de ce qu'on fait et qui dépasse les dilemmes pratiques vers un questionnement sur le sens de la vie » (Molinier et Flottes, 2012, p.54). Ce concept et son usage font débat dans les cliniques du travail. Pour la clinique de l'activité, les questions d'éthique doivent être dissoutes dans l'analyse des conflits d'activités, au risque selon Clot (dans Molinier et Flottes, 2012) qu'une problématisation en termes de conflit de valeurs laisse « dans l'ombre bien des conflits plus ordinaires sans doute, moins nobles, plus discutables aussi car moins tranchés [...]. On n'est pas heurté tous les jours dans sa conscience professionnelle, mais on s'entête souvent à faire quelque chose qui, malheureusement, heurte les logiques de l'organisation sans pouvoir l'infléchir » (Clot, 2010, p. 119). » (p.54). Pour Molinier et Flottes (2012) le désaccord s'avère minime. Les chercheurs en psychodynamique du travail rejoignent Clot sur l'idée que la souffrance éthique des opérateurs ne porte pas sur un « sens moral conventionnel (…) d'un point de vue impartial et abstrait » mais bien sur « ce qui compte », (…) ce qui a de la valeur aux yeux des personnes qui travaillent. » (Molinier et Flottes, 2012, p.54). Mais Molinier (dans Lallement et coll., 2011) soutient tout de même que « la réticence à penser la valeur et l'éthique comme des dimensions ordinaires des préoccupations humaines empêche de penser correctement la souffrance au travail et les formes de décompensations qui en résultent » (p. 18). Nous ne contribuerons pas à cette « dispute » ici. En revanche, nous avons choisi de travailler avec la notion de « sens moral » et de « souffrance éthique », dans les perspectives énoncées par Molinier (2011), celle des

valeurs engagées dans le travail réel et leur contribution à la souffrance. Elle nous paraît pertinente au regard de notre questionnement sur les interrelations entre le travail et les drogues, de tous temps remèdes aux maux du corps et de l'esprit.

Quelle soit d'origine physique, psychique, psychosociale ou éthique, les travaux en santé mentale nous montrent que la souffrance a toujours une issue incertaine. Canguilhem (2007), Furtos et Laval (2005), Dejours (2000, 1993, 2009), Molinier (2002, 2006, 2010), Lhuilier et Waser (2016), Clot (2006, 2008a), Sarnin et coll., (2012) et bien d'autres contributeurs, nous rappellent que de ressource pour vivre elle peut évoluer vers la pathologie, et que la maladie pourra avoir été pendant un temps, elle-même une solution vitale (Clot, 2008a, Fernandez, 2009). Comme le souligne Yves Clot (2008b)

> « *Les pathologies professionnelles sont souvent les seuls moyens qui restent aux sujets concernés pour s'affranchir des conflits insolubles auxquels ils doivent se mesurer. Il faut leur reconnaître le statut de création sans pour autant oublier que ce sont aussi des « faux-pas » du développement, l'activité se trouvant confisquée par la maladie.* » (p.).

En clinique du travail la souffrance est « un problème général qui a ses invariants » (Clot, 2008b) : corps, processus psychiques et sociaux, interactions, ressources, contraintes, etc., accessibles à l'observation et à l'interprétation. Pour Yves Clot, la recherche doit se préoccuper de l'explication des processus invariants de la souffrance plutôt que de décrire des états morbides (Clot, 2008b).

2.2 Les stratégies de santé des travailleurs

2.2.1 La stratégie

2.2.1.1 La certitude de l'incertitude

Le travail réel est imprédictible mais il n'est ni abscons, ni rétif à tout « soin ». Pour Edgard Morin (1986, dans Vannereau, 2011), « Si l'ignorance de l'incertitude conduit à l'erreur, la certitude de l'incertitude conduit à la stratégie » (p.189). Dans les recherches

centrées sur l'activité, la notion de « stratégie » rend compte des régulations (buts, moyens et effets) organisées par la opérateurs pour réaliser leur travail en santé dans une organisation incomplète ou inefficace (Guérin et coll., 2006 ; Davezies, 2012). Elle consiste à accepter l'incertitude et à modifier son action en fonction des informations recueillies et des imprévus croisés en route (Morin, 1999, dans Vannereau, 2011, p.189). Pratiquement, au fur et à mesure des situations vécues, les opérateurs développent (seuls ou collectivement) des formes adaptées et reproductibles d'activités fonctionnelles et métafonctionnelles (Falzon, 1994) pour mieux maîtriser les effets du travail et pour conserver leur pouvoir d'agir (Davezies, 1997 ; Felio, 2015). Ces stratégies sont des modèles de régulation (individuels ou collectifs) remobilisables en situation. Elles visent le maintien d'un équilibre entre la santé et la poursuite des objectifs de production (Davezies, 1999 ; Amalberti, 1996). Comme le souligne Cyndi Felio dans ses travaux sur la régulation, par les cadres, de leurs usages des mails et des smartphones professionnels, c'est notamment : « l'expérience d'événements marquants (qui) conduit les sujets à voir et revoir leur manière de penser et de se comporter » (Felio, 2015, p.251). Ces formes adaptées de travail ne sont jamais données d'avance (Davezies, 1999).

2.2.1.2 L'intelligence de la situation

La stratégie est un « art » (Larousse.fr, 2016). Les opérateurs la construisent au croisement de leurs activités, de leurs savoirs et de leur « intelligence pratique et rusée » (Cru, 1997 ; Dejours, 2000, 1994). Pour Christophe Dejours, inspiré de la métis d'Aristote (Détienne et Vernant, 1974), la ruse est « l'ingéniosité pratique » développée par les sujets dans leur confrontation au réel pour préserver leur économie interne globale (Dejours, 1993). Son apprentissage se fait dans l'expérience intime du corps, sur le terrain, au cœur de l'action. Pour Jean Vannereau (2011), l'intelligence pratique

> « *se moque de la rigueur de l'explication, de l'analyse et préfère le bricolage, le système D., la tricherie, l'espièglerie, l'astuce de la pensée en action. (Elle) est transverse à toutes les activités de travail, manuelles comme intellectuelles* ». (p.188).

Le plus souvent, les stratégies sont des compromis élaborés en dehors des règles établies (écarts aux obligations, dérives, mensonges, etc.). Elles contournent des prescriptions éprouvées comme inadéquates ou viennent en combler l'absence. Au cœur des activités de travail, ces formes « irrégulières » mais très organisées de régulation jouent un rôle clef dans

la performance globale de l'entreprise. La reconnaissance ou non de l'existence et de l'intérêt de ce type de mobilisation participe de la bonne compréhension des situations de travail, des freins et des ressources de la production, de la santé et de la sécurité réelle (Almaberti, 1996 : Schwartz, 2000 ; Dejours, 2010). Nous retenons ici trois types de comportements paradoxaux du point de vue de l'observateur et de l'analyste extérieurs et qui constituent des stratégies de santé particulièrement efficaces et risquées : les stratégies de défense contre la souffrance ; et la surcompensation, l'hyperactivité.

2.2.2 Les stratégies de défense

2.2.2.1 Se défendre contre la souffrance

Dans leur article-état des lieux « Travail et santé mentale : approches cliniques », Molinier et Flottes (2012) introduisent les « stratégies individuelles et collectives de défense » comme

> *« La découverte la plus importante de la psychodynamique du travail (qui) est que les gens ne subissent pas passivement la souffrance générée par les contraintes de l'organisation du travail; quand ils ne peuvent pas la transformer par l'imagination, la ruse ou la sublimation, ils s'en défendent en orientant leurs façons de penser et d'agir de sorte à éviter autant que possible la perception de ce qui fait souffrir. »* (p.55).

Pour la psychodynamique du travail, les « stratégies de défense » (Dejours, 1994) organisent le déni de la souffrance et l'exaltation de la capacité à résister pour protéger l'opérateur des exigences insoutenables des contradictions de la prescription et de son travail. Rhéaume, Maranda et St-Jean (2000) définissent ces défenses comme « des dispositifs mis en place pour contenir l'angoisse et la souffrance. Individuelles ou collectives, elles s'enracinent dans l'histoire de chacun, son éducation, sa personnalité, son désir et son rapport au travail, mais elles expriment une intentionnalité plus ou moins structurée et organisée qui prend sa source en relation avec l'organisation du travail. » (p. 67).

En situation nominale, la réaction protectrice face à la survenue d'un danger physique ou psychique est la peur. Pour l'individu, cette émotion constitue à la fois une ressource et

une épreuve psychique. Dans des contextes générateurs d'anxiété durable, l'individu est poussé à agir pour modifier son état émotionnel. Pour y parvenir il a le choix entre deux attitudes (Boscher et Cerclé, 2004) :

- Centrer son action sur la situation anxiogène afin de réduire ou de modifier la source externe de l'état de tension : le risque perçu à gérer.
- Opter pour un comportement centré sur ses réactions : il n'y a pas suppression du risque perçu mais mise en place d'une stratégie psychique défensive permettant momentanément de désactiver la peur, le stress.

En situation professionnelle, si aucune action vis à vis du danger n'apparaît possible, les sujets se démobilisent et se replient défensivement sur l'espace privé (Clot, 1995). Le sentiment de peur constitue une épreuve qui paralyse le sujet et peut devenir un danger pour sa santé et sa sécurité. A ce stade, la contrainte à desserrer est la peur elle-même. Yves Clot (2006) souligne que :

> « *Certaines conduites de prise de risque, encore dénommées conduites dangereuses ou conduites paradoxales, sont efficaces vis-à-vis de la conservation de la santé mentale, dans la mesure où elles ont une vocation défensive : lutter contre la perception du risque qui, si elle n'était pas atténuée par cette défense rendrait le travail impossible, tourner le risque en dérision ou en défi, en identité, pour s'en affranchir* ».

Dans le sens du constat de Clot, Molinier et Flottes (2012) avertissent sur la nature ambivalente des conduites défensives de préservation de soi. Ces conduites « n'interviennent pas sur le monde réel et, en particulier, ne transforment pas les risques ou les contraintes; elles agissent par des moyens symboliques tels que, notamment, l'occultation, l'euphémisation, l'évitement et la rationalisation qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux. » (p.55).

2.2.2.1 Les stratégies collectives

Les opérateurs recourent aux stratégies de défense généralement en seconde intention. S'ils modifient leur état de conscience pour pouvoir travailler dans des conditions insoutenables c'est que l'organisation officielle ne semble permettre aucune transformation de la situation délétère elle-même. En absence de marges de manœuvre, les travailleurs ne peuvent plus agir que sur eux-mêmes. Quand les stratégies peuvent (ou doivent) être

mobilisées sans le concours des autres, les défenses se mettent en place de façon individuelle (Molinier et Flottes, 2012). Dans les organisations où la réalité à dénier est partagée, les stratégies de défense deviennent collectives (Dejours, 1994, 2000). Dans leur article-état des lieux sur les approches cliniques du travail, précédemment cité, Molinier et Flottes (2012) rappellent que

> « *Ces stratégies ont d'abord été identifiées dans des métiers masculins à risque (bâtiment, industrie de process, Dejours, 1993), chez les policiers (Lhuilier 1987; Chaumont, 2007), les surveillants de prison (Lhuilier, 1997; Demaeght, 2008), les douaniers (Dessors, 1997), les cadres d'entreprise (Dejours, 1998)* » (p.56).

Le déni est progressivement construit et entretenu par le groupe. Il se consolide dans un imaginaire social et s'impose à la pensée de tous, produisant une nouvelle réalité partagée, dissociée du réel mais à valeur de « vérité » (Dejours, 1994). Une étude en anthropologie du risque, par exemple, montre des ouvriers de La Hague (retraitement nucléaire) « jouant » avec les règles de sécurité, non par insouciance ou négligence, mais parce qu'ils ont besoin de restaurer une part d'autonomie pour travailler correctement (Zonabend, 1989 dans Peretti-Watel, 2003). Pour Christophe Dejours, la rationalité à l'œuvre dans ces conduites paradoxales « vise moins le succès de l'action par rapport au monde social que par rapport au monde subjectif », au risque que l'action perde en intelligibilité dans le champ social (Dejours, 1994). Et au risque aussi que ces actions de défenses s'enferment sur elles-mêmes et résistent à toute évolution dans l'organisation même à celles rejoignant les finalités des conduites de défense. Selon Molinier et Flottes (2012), ces stratégies défensives collectives « feraient obstacle à l'intégration des femmes (Dessors, 1997 ; Molinier, 2006; Demaeght, 2008), le « travail du mal » étant aussi souvent le « travail du mâle ». » (p.56).

Comme le souligne Clot (2006), le déni individuel ou collectif du réel est ambivalent. Rationnel vis-à-vis de la conservation de soi, il est préjudiciable à l'action collective en faveur de la santé au travail. Dans l'introduction de la question de la normalité souffrante, nous présentions l'idée que les opérateurs participent eux-mêmes, délibérément ou non, à l'opacité et à la reproduction des risques (Gollac et Volkoff, 2006 ; Lhuilier, 2010 ; Lhuilier et Litim, 2009). Les stratégies défensives représentent un des processus de la mécanique complexe d'occultation et d'individualisation des fragilités du travail.

2.2.3 L'hyperactivité de travail

2.2.3.1 Se dépenser sans compter

En s'intéressant aux activités de production et de santé, les ergodisciplines croisent de plus en plus d'organisations et de conduites extrêmes du travail (Aubert et de Gaulejac, 1991 ; Aubert, 2003 ; Dejours, 2004 ; Gaulejac, 2008a, 2008b ; Marzano, 2004). Dans certaines situations, la conservation et l'accomplissement de soi passent par l'adaptation sans limite aux exigences du travail et aux normes du métier ou des donneurs d'ordre (Kristof-Brown, Zimmerman, Johnson, 2005). Cette nécessité de conformité aux sens et aux règles du travail plus qu'aux ressources collectives disponibles, peut engager les professionnels à se « surdépenser ». Comme l'observe De Keyser (1983, p.245) cité par Clot (2008a)

> *« Préserver le sens de leur activité et son rayonnement peut conduire des travailleurs dans certains contextes à se dépenser sans compter en passant d'une logique de l'épargne à une logique de l'excès »* (p.16).

Dans cette dynamique, la visée de l'excès ne porte pas sur lui-même mais sur la valeur et la qualité du travail qu'il autorise.

Dans d'autres situations, de plus en plus fréquentes avec la flexibilité, l'intensification du travail et le management par objectifs (Gaulejac, 2006), la capacité de conduite d'un « travail sans limites » (Cingolani, 2012) s'impose comme un but. Associé à cette volonté d'adaptation sans limite, le potentiel personnel de suractivité devient une valeur pour elle-même et parfois une stratégie de défense. Marc Loriol (2010) décrit des collectifs de travail (infirmières, policiers, enseignants) dans lesquels

> « *La valorisation au travail ne s'acquiert pas seulement par l'exercice de compétences et de savoirs. Elle se gagne aussi par l'aptitude à se dépenser dans une tâche. Il s'agit ici de prouver qu'on dispose d'une réserve de forces, qu'on est prêt à la déployer sans compter. On va voir émerger toute une vision du travail qui met l'accent sur la grande quantité d'énergie consommée dans l'accomplissement de la tâche et sur la promptitude du travailleur à s'engager physiquement dans le corps à corps avec les choses* »

Dans sa thèse sur les « conduites d'hypertravail », Gauthier (2016) analyse les observations de Loriol du coté de la psychodynamique du travail. En développant des exemples similaires (Carpentier-Roy et Vézina, 2000 ; Dejours, 1993; Molinier, 2006 ; Maranda, 1995), cette chercheure voit « comment l'imaginaire social peut donner lieu à l'exploitation, par l'organisation et dans l'exercice du métier, de l'idéalité qui soutient la construction identitaire. L'approche de la psychodynamique du travail (…) montre bien à quel point les conduites

d'hypertravail relèvent aussi de ces instances intermédiaires par excellence que sont les groupes et les collectifs de travail. » (p.72). A partir d'un exemple concret Gauthier, Fournier et Almudever (2016) donnent à voir la place du collectif dans la définition des normes du travail de chacun, quand bien même certaines règles s'avéreraient aberrantes

> « *l'esprit d'équipe impose à chacun les rythmes propres au collectif de travail. La conformité à la norme de l'hypertravail apparaît comme une condition incontournable de l'appartenance à ce collectif : « Même par souci de solidarité, parce que tu ne peux pas t'en aller pendant que les gens font de l'overtime jusqu'à 22 heures, tu ne peux pas rentrer chez toi à 18 heures. Ce n'est juste pas possible. Il faut que tu sois avec ton équipe » (Hubert)* » (p.42).

Toutes ces formes d'engagement intensifs peuvent être observées comme « une surcharge de travail, dépassant de façon significative une charge dite « normale » : elle se manifeste de façon soutenue dans le temps et est acceptée volontairement, voire avec enthousiasme » (Rhéaume, 2006, p. 19 dans Gauthier, 2016, p.69). Cet engagement dans l'activité sans limite, particulièrement ambivalente, comme valeur nominale du travail est étudié par les ergodisciplines sous les désignations diverses « d'hypertravail », de « workaholisme », d' « hyperactivité » ou d' « activisme professionnel » (Gauthier, 2016). Dans notre perspective centrée sur l'activité et la santé des travailleurs (activité, subjectivité et organisation du travail) nous retiendrons ici le terme d'hyperactivité.

Comme n'importe quelles formes d'activité, de régulations subjectives du travail, le travail sans limite émerge au cœur des logiques individuelles et collectives du travail, il produit tout à la fois plaisir, énergie, développement, tensions, souffrance et parfois maladie. Mais sa particularité est de s'inscrire à la croisée de prescriptions externes et internes extrêmes et de dépasser une charge nominale de travail. L'excès engage l'organisme au-delà de son fonctionnement nominal, dans des déséquilibres que nous pourrions qualifier dans une perspective dynamique, de désaccordement chronique des ressources et des contraintes. Avec de pareils déséquilibres, l'exigence de conformité impose aux individus de produire sans compter de nouvelles ressources propres et d'en attendre autant des autres membres de l'équipe.

2.2.3.2 Hyperactivité, surcompensation et risque

Dans les systèmes de travail sans limite (théorisés ou non par les prescripteurs), l'hyperactivité comme réponse individuelle et collective est doublement risquée pour la santé. D'une part, elle exclue toute transformation du travail prescrit dans lequel les difficultés surviennent et contribue au maintien d'un rapport intenable entre ressources et contraintes organisationnelles ; d'autre part, travailler de « toutes ses forces » pousse l'organisme au-delà de son fonctionnement nominal, dans un processus que le psychologue Lev Vygotski, cité par Clot, appelle la « surcompensation » (Vygotski 1994 dans Clot, 2008a). Vygotski s'intéresse à la surcompensation comme dynamique normale de développement et de santé. Il note que

> « *la surcompensation n'est pas rare dans l'organisme. Dans les moments de danger, le système organique mobilise des réserves cachées de force accumulée, et il libère des doses de contrepoison. Elle peut conduire à la constitution d'une super résistance* » (Vygotski, 1994, p. 90 dans Clot, 2008a).

Mais, comme il le précise aussi, la surcompensation peut aussi se transformer

> « *en défense, en but fictif qui oriente toute la trajectoire de vie sur la « mauvaise voie ». La faiblesse du sujet n'est source de force que si une autre énergie que la sienne se porte à sa rencontre, s'il trouve aussi auprès des autres, des compensations offertes par le monde où il s'est engagé »* (Vygotski, 1994, p. 90 dans Clot, 2008a).

Et malheureusement l'organisation du travail ne permet pas toujours aux travailleurs ni de rétablir le déséquilibre ressources/contraintes, ni de le compenser en pouvant compter sur une autre énergie. Dans cette situation, la surcompensation se transforme en défense, en « hyperactivité » qui empêche de souffrir mais aussi de vivre. Pour Marzano : « L'hyperactivité se construit à la confluence entre les contraintes de l'organisation du travail, d'un côté, la mobilisation du sujet de l'autre côté » (Marzano, 2004). Elle se construit dans le prolongement des valeurs et des règles d'engagement du métier (Davezies, 2012).

Quelle que soit l'interprétation étiologique retenue, l'hyperactivité est ambivalente. Elle est tout à la fois solution et danger pour la santé, tant physique, psychique que sociale. La biologie (biochimie et biomécanique) observe ces situations de surcharge sous l'angle de leurs conséquences pour l'organisme : l'usure prématurée et les dérèglements hormonaux et neurochimiques. Les troubles musculosquelettiques, le stress pathologique et les maladies cardiovasculaires en représentent les marqueurs les plus étudiés.

Pour Dejours (2004), l'hyperactivité entraînerait une réification, un appauvrissement instrumental de l'action à la portée inévitablement pathogène

> « *le fait est qu'à partir d'un certain niveau d'intensité (de cadence par exemple) ou d'extensivité (la durée de la journée de travail par exemple), l'activité entre en concurrence avec la subjectivité. La surcharge de travail met en péril les conditions nécessaires au jeu du fantasme, de l'imagination et de l'affectivité* » (p. 26).

Dejours voit dans l'hyperactivité la mise en jeu d'un périlleux désaccordement de soi. Le travail demeure vivant tant qu'il permet à l'opérateur de rester sujet de son travail, dans la satisfaction qu'il produit comme dans la souffrance. Dejours alerte ici sur le fait qu'en imposant la primauté du mouvement sur sa réélaboration imaginaire, l'hyperactivité rigidifie le travail et fragilise le sujet. Cette explication des processus subjectifs du travail extrême, et de ses effets, peut être utilement complétée par certains travaux en sociologie clinique du travail.

Articulée à la psychodynamique du travail, par le biais du cadre théorique de la psychanalyse qu'elles partagent, la sociologie clinique du travail s'intéresse au système psycho-organisationnel de gestion basé sur le principe d'une mise en résonance du fonctionnement psychique du sujet et du fonctionnement organisationnel de l'entreprise (Aubert et de Gaulejac, 1991). Cette approche déplace son éclairage du coté des processus d'assujettissement organisationnel inhérents aux méthodes managériales contemporaines. Aubert et de Gaulejac (1991) débordent l'idée de désarticulation de l'imaginaire subjective et de l'action décrite par Dejours du coté des concepts de résonnance et d'emprise psycho-organisationnelles. Pour ces auteurs, l'organisation du travail sans limite ne s'exerce pas seulement en saturant, d'objectifs intenables, les corps des opérateurs et en reléguant leurs activités symboliques au second rôle. C'est aussi le champ des valeurs et de l'imaginaire individuel qui est visée et captée par la culture et l'idéal managérial de l'hyperperformance. Aubert et de Gaulejac (1991) parlent de « capture managinaire », de ce que Gauthier (2016) analyse comme le « détournement des quêtes personnelles au profit de l'atteinte des objectifs organisationnels » (p.75). L'entreprise fixe des objectifs associés de promesses en prises directes avec les valeurs et les aspirations idéales des sujets. Dans cette quête, « le sujet engagerait sa vie entière avec le risque que s'abolissent en lui toute critique et toute capacité de résister à l'augmentation des performances que l'on attend de lui. » (Dejours, 2004, p.27). L'emprise des organisations du travail sans limite ne vise pas exclusivement la soumission des corps, elle s'applique activement à la manipulation des esprits et des dynamiques sociales. A terme les opérateurs s'épuisent, physiquement et psychiquement dans une « hyperquête » de promesses qui ne sont pas pensées par les entreprises pour se réaliser mais pour organiser l'implication et la conformité aux objectifs de production de ses travailleurs, employés et

cadres. Dans leur ouvrage « La capitalisme paradoxant », de Gaulejac et Hanique (2015) montrent à quel point l'articulation d'objectifs, de moyens et de discours gestionnaires intenables, et souvent paradoxaux, confrontent les travailleurs à « un système qui rend fou ».

Conclusion

Dans le cadre de cette thèse, nous entendons la santé comme une pluralité de formes de vie, non comme le strict respect des lois biologiques ou des standards sociaux (Canguilhem, 2007). Dans cette perspective, l'économie physique et psychique des personnes se trouve au centre de toute action, dans un engendrement réciproque plus ou moins heureux en fonction des situations, plus ou moins bénéfique, mais inévitable. La santé c'est la rencontre avec la souffrance et la possibilité de la dépasser, de la transformer dans l'activité même, c'est la vie. Questionner les liens santé et travail nécessite de s'intéresser conjointement à l'activité, aux résistances du réel et au pouvoir d'agir des opérateurs. Nous l'avons précédemment défini, travailler est un conflit de prescriptions et de ressources. La santé des travailleurs se trouve dans le couplage de l'opérateur, son développement de formes adaptées d'activités fonctionnelles et métafonctionnelles (Falzon, 1994) pour mieux maîtriser les effets du travail et pour conserver leur pouvoir d'agir (Davezies, 1999 ; Felio, 2015), avec l'organisation du travail et de la possibilité laissée à l'opérateur de la remanier, de l'adapter aux visées des prescriptions instrumentales et de sa santé.

Le constat est qu'aujourd'hui, la gestion contemporaine du travail masque et empêche nombre des remaniements du « vrai travail » (Schwartz, 2008) sans être nécessairement au fait que, ce faisant, c'est la santé qu'elle omet ou qu'elle ampute. Elle devient délétère quand l'activité réalisée ne permet plus aux opérateurs d'agir sur eux-mêmes et sur leur situation de travail, quand le développement réciproque de soi, des autres et de l'organisation ne se fait plus (Clot, 2008a). Mais les opérateurs ne se laissent pas si facilement enfermés dans le souffrance, ils mobilisent toutes leurs ressources, le sens de leur travail, la fierté, la satisfaction, la débrouillardise, le lien social, la résistance physique, l'interpellation des donneurs d'ordre. Si ces ressources ne suffisent pas ou plus, si les dirigeants ne répondent pas aux plaintes, ou qu'en faux-semblants, les opérateurs mettent en place des dispositifs de défense pour contenir l'angoisse et la souffrance. Ces défenses sont des formes de modifications de leur état de conscience, de déni individuel ou collectif du réel, d'engagement

dans l'activité sans limite, de surcompensation. Rationnelles vis-à-vis de la conservation de soi à court terme, ces défenses finissent par être préjudiciable à la santé et à l'action collective en faveur de la santé.

De nombreux travaux observent une nette augmentation des troubles musculo squelettiques et de la symptomatologie dépressive en lien avec les performances contemporaines du travail. Cette dépression, qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler « syndrome d'épuisement professionnel » ou « burnout », provient d'une mobilisation physique et psychique trop intense. Les opérateurs et les encadrants qui s'adaptent sans limite pour continuer à maîtriser tout ce qui fait sens pour eux, sont les plus vulnérables (Davezies, 2012 ; Dejours, 2004). L'hyperactivité peut permettre de se reconnaître (Loriol, 2011 ; Molinier, 2006 ; Dejours, 2004) mais aussi de ne pas penser à ce qui fait souffrir dans le travail (Dejours, 2004) et donc de l'entretenir. Dejours alerte tous les professionnels sur les dynamiques organisationnelles et en ces termes

« *Ceux qui ironisent sur les hyperactifs ou qui les qualifient facilement de « workaholics » feraient bien de se rendre compte qu'avec la généralisation des nouvelles formes d'organisation du travail, de gestion et de management, ne resteront bientôt « normaux » (c'est-à-dire capables d'échapper à l'hyperactivité) que ceux qui auront délibérément, voire rationnellement, décidé de céder sur leur conscience professionnelle* » (Dejours, 2004).

Le constat est qu'aujourd'hui, malgré ses manquements, la logique du travail sans limite domine largement le pilotage des organisations professionnelles contemporaines, privées et publiques (Gaulejac, 2006 ; Le Goff, 2000, 2006). Nous nous poserons la question de savoir comment elle se maintient à un tel niveau de domination.

Chapitre 3. L'usage de psychotropes (drogues)

Dans ce chapitre, nous proposons une analyse psycho socio historique critique de la notion de drogue (et de ses substantifs), des principales substances consommées en France et de leurs usages. C'est à partir des notions étudiées ici que nous avons construit notre objet de recherche « usage de psychotropes » et notre étude. Nous allons en développer toutes les composantes et comprendre la construction scientifique et sociale des choix opérés.

3.1 Les produits psychoactifs en France

3.1.1 Les chiffres

3.1.1.1 En population générale

D'après les grandes enquêtes nationales (Baromètre Santé de l'Inpes, 2005 et 2010 dans Ofdt, 2013), les consommations en population générale de produits psychotropes sont en augmentation globale (Ofdt, 2008, 2010, 2013). Analysées, produit par produit : médicaments, alcool, tabac, cannabis et cocaïne, les données apparaissent plus variables.

La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes d'Europe, cette consommation est en nette augmentation pour les analgésiques (paracétamol, ibuprofène, codéine, tramadol, morphine, etc.) et notamment les dérivés d'opiacés (codéine, morphine, etc.), et les régulateurs de l'humeur (Inserm, 2012). En France, le rapport 2014 de l'Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, 2014) indique d'ailleurs que ces deux classes de psychotropes sont les médicaments les plus vendus : les analgésiques (740 millions de boîtes vendues en officines en 2013) et les psycholeptiques (somnifères, régulateurs de l'humeur, etc. ; 164 millions de boîtes). Viennent ensuite les antibiotiques (134 millions de boîtes).

Pour ce qui est de l'alcool, la consommation a diminué de moitié depuis les années soixante mais reste très élevée : 9 personnes sur 10 déclarent en avoir consommé dans

l'année, nous buvons en moyenne 2,6 verres d'alcool par jour et par habitant. Nous sommes le pays le plus consommateur de vin au monde (47 litres par habitant/an) (Ofdt, 2013).
Les usages de tabac sont en légère diminution mais demeurent très importants. En population générale adulte, l'expérimentation du tabac en 2014 concerne 86 % des hommes et 78 % des femmes. 25% des adultes et près d'un jeune sur deux, déclarent avoir déjà utilisé une cigarette électronique (Ofdt, 2013).

De leur côté, les usages de cannabis augmentent. C'est, de loin, la substance illicite la plus consommée : 42% des adultes déclarent en avoir déjà consommée dont 11% au cours de l'année. Parmi les jeunes 15 % déclarent avoir consommé du cannabis dans le mois, ce qui est le niveau le plus élevé d'Europe. La France est globalement l'un des pays les plus concernés en Europe. L'usage de la cocaïne, encore très marginal, se développe et se démocratise. La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 2,6 % en 2005, 3,8 % en 2010 et 5,6 % en 2014) (Ofdt, 2015). Les niveaux d'expérimentation pour les substances psychostimulantes synthétiques (MDMA, ecstasy et amphétamines) sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. Dans la même tranche d'âge, la proportion d'usagers d'ecstasy a significativement augmenté entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %), elle atteint son niveau maximal depuis une décennie (Beck, Richard, Guignard, Le Nézet et Spilka, 2015).

D'après ces mêmes enquêtes (Inpes, 2005 et 2010 ; et Inpes 2014 dans Ofdt.fr), analysées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (Ofdt.fr), ces consommations (alcool, médicaments psychotropes, tabac et stupéfiants), sont globalement le fait de sujets, hommes et femmes, insérés socialement : demandeurs d'emploi, employeurs, cadres, employés, étudiants, lycéens (Ofdt, 2015). Parmi ces personnes insérées, les chiffres montrent que les chômeurs consomment davantage de produits psychotropes que les personnes en emploi, l'Ofdt en conclue que le travail est facteur de protection des consommations de psychotropes. Cette conclusion et la manière dont elle est utilisée par les pouvoirs publics, les sciences positivistes traditionnelles et les acteurs de la santé au travail et de l'entreprise, seront discutées ultérieurement dans notre recherche. Nous alertons, d'ors et déjà ici, sur le fait que les données de l'Ofdt indiquent effectivement que le paramètre « emploi » (VS « sans emploi ») limite statistiquement les usages de substances psychoactives mais qu'elles ne disent rien de la nature des interrelations entre le travail et les psychotropes. Cette précaution est à rapprocher des études sur les liens entre la santé et le chômage qui nous invitent à explorer le sens de la relation entre exclusion du marché du travail et état de santé

au moins autant que leurs corrélations (Coutrot et Molinié, 2006 ; Lhuilier et Waser, 2016). Le questionnement des conclusions de l'Ofdt est d'autant plus pertinent que, toujours selon les enquêtes Inpes (2005, 2010 et 2014), les analyses différenciées produit par produit - montrent l'existence de corrélations très variables. Entre 2005 et 2010, le niveau d'usage des médicaments psychotropes des travailleurs s'est nettement rapproché de celui des demandeurs d'emploi. Moins importante que pour les médicaments, une augmentation des consommations de cannabis parmi les seuls actifs occupés apparaît également entre 2010 et 2014 (Ofdt, 2015). Et les études montrent aussi un effet « milieu professionnel » et « tensions au travail » sur les consommations.

3.1.1.2 En milieu professionnel

Dans ces mêmes grandes enquêtes nationales (Inpes, 2005, 2010 et 2014), certains actifs déclarent consommer, ou avoir augmenté leur consommation, du fait de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle. C'est le tabac qui est clairement identifié comme une réponse à des tensions professionnelles, avec plus du tiers des fumeurs qui dit avoir augmenté son tabagisme en lien avec de telles difficultés, tandis que 9 % des consommateurs d'alcool et 13 % des consommateurs de cannabis disent avoir augmenté leur consommation à cause de tels problèmes. Les substances consommées peuvent être licites ou illicites, utilisés sur prescriptions, en automédication ou par identité et sollicitation culturelles (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, etc.) en fonction des milieux. Plusieurs secteurs d'activité s'avèrent particulièrement liés à des usages de substances psychoactives : il s'agit du secteur des transports et du secteur agricole, de la pêche et de la marine, ainsi que des métiers des arts et du spectacle. D'autres secteurs apparaissent aussi plus consommateurs que les autres : la construction, la restauration ou l'information / communication. Pour ce qui est des consommations d'alcool, qu'il s'agisse de l'usage quotidien ou des consommations ponctuelles importantes (avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion), elles sont particulièrement fréquentes dans les secteurs de l'agriculture et de la pêche (16,6 % d'usage quotidien contre 7,7 % parmi l'ensemble des actifs âgés de 16 à 64 ans) et de la construction (13,4 % d'usage quotidien). Ces secteurs sont également particulièrement touchés par les consommations ponctuelles importantes mensuelles (30,7 % dans le secteur de l'agriculture et de la pêche et 32,7 % dans le secteur de la construction contre 19,2 % parmi l'ensemble des actifs), tout comme les secteurs de l'industrie (26,2 %), l'hébergement et la restauration (26,9

%). La consommation actuelle de cannabis (au moins une fois au cours de l'année) s'avère plus fréquente dans la construction (13 % de consommateurs dans l'année contre 6,9 % parmi l'ensemble des actifs), l'hébergement et la restauration (12,9 %), mais de manière encore plus prononcée dans les arts et spectacles (16,6 % de consommateurs dans l'année). Concernant l'expérimentation d'autres drogues illicites, le milieu de la construction apparaît plus souvent expérimentateur de cocaïne et de champignons hallucinogènes, tandis que le milieu de la restauration, celui de l'information/communication, des arts et spectacles, sont particulièrement consommateurs de toutes les substances étudiées (cocaïne, ecstasy, poppers, champignons hallucinogènes).

En mai 2000, 2 106 sujets ont été interrogés par auto-questionnaire au cours de l'examen périodique de médecine du travail (Ngoudo-Mbongue et coll., 2005). Près d'un sujet sur trois a recours à des médicaments en lien avec son travail : 20 % utilisent un médicament pour être « en forme au travail », 12 % prennent leur médicament sur leur lieu de travail pour traiter un « symptôme gênant », et 18 % utilisent un médicament « pour se détendre au décours d'une journée difficile ». Les médicaments les plus utilisés sont des psychotropes dépresseurs : hypnotiques, antalgiques, anxiolytiques, tranquillisants. Une étude transversale complémentaire a été menée, tous les dix ans depuis 1986, parmi des salariés de la région toulousaine, par questionnaire au cours de l'examen périodique de santé au travail. En 2006, les réponses de 2 213 salariés ont été comparées à celles de 1986 et 1996 (Boeuf-Cazou et coll., 2011). Les médicaments consommés ont évolué, avec une augmentation significative de ceux utilisés pour faire face à la progression des troubles musculosquelettiques dont les lombalgies (antalgiques forts, dérivés morphiniques).

3.1.2 Définitions

3.1.2.1 Les psychotropes

Les psychotropes (appelés aussi drogues, substances psychoactives ou simplement psychotropes) recouvrent l'ensemble des principes actifs chimiques qui agissent sur le cerveau et le système nerveux central, et peuvent provoquer des modifications psychiques et comportementales (Morel et Couteron, 2008). Dans le cadre de notre étude, nous retenons la

définition établie par le médecin addictologue Bertrand Lebeau (2002). Elle présente le vocable de psychotrope comme

> « *terme général désignant toute substance présentant un tropisme pour le système nerveux central. La plupart des substances psychotropes ou psychoactives peuvent être classées en stimulants, calmants et hallucinogènes.* »

Toutes ces molécules, naturelles ou synthétiques, licites ou illicites, sont proches des neuromédiateurs endogènes, elles interagissent avec les mécanismes biochimiques de l'activité neurocérébrale. Ces substances « pharmakon » sont à la fois « remède et poison » (Platon dans Derrida, 1972 ; Rosenzweig, 1998 ; Stiegler, 2007), à la fois ressource et danger, pour le sujet et la société. La différence entre effet remède ou toxique n'est pas une question de produit (Roques, 1997), leur caractère licite ou illicite est d'ailleurs essentiellement une convention sociale qui varie en fonction des cultures, des croyances et des pays (Morel et Couteron, 2015).

3.1.2.2 La drogue

« Drogue » est l'un des substantifs originels pour qualifier les produits ou préparations thérapeutiques, les remèdes. Dans son ouvrage « Les drogues dans l'histoire entre remède et poison » (1998), le philosophe et psychanalyste belge, Michel Rosenzweig situe l'apparition de ce terme entre le XIVème et le XVIème siècles. Le mot drogue « semble tirer ses origines étymologiques du néerlandais « droog » (chose sèche) et du latin « drogia » (dragée) » (p.40). Cette affirmation rejoint celle établie par Charles Buchet, pharmacien et ancien président de la Société d'Histoire de la Pharmacie, dans son « Histoire de la droguerie » en 1921. Citant un extrait du « Dictionnaire du Commerce » de Savary (1740), « Les Hollandais ont accoutumé d'appeler *droog-goed* tout ce qui est de forme sèche servant à la médecine, et ce sont eux qui en ont toujours fait le plus grand commerce » (Savary, 1740, tome II, p.173), Buchet conclut que « Les étymologistes modernes n'ont pas trouvé mieux : Savary nous semble avoir dit le dernier mot sur la question. » (p.360).

Au XVIIIème siècle, les drogues désignaient les produits de base (épices, plantes, racines, préparations pharmaceutiques, etc.) vendus par les drogueries aux apothicaires (premiers pharmaciens), aux médecins, ou parfois directement aux usagers, à des fins de soin

et de prévention, de bien ou de mieux-être. Ce commerce était déjà réglementé, sur un axe économique (taxes de l'état), juridique et sanitaire (contrôle des poisons).

Aujourd'hui, pour le dictionnaire Larousse (Larousse, 2016) comme pour l'Académie nationale de pharmacie, une drogue demeure un « remède », cette substance ambivalente ayant des propriétés médicamenteuses. Dans l'espace public, son sens commun s'est transformé. Depuis un siècle, le terme de drogue ne renvoie plus qu'à une partie limitée de ses caractéristiques. Sous l'influence du régime juridique occidental (puis international) sur les drogues, « toute la diversité des recours aux drogues illicites est systématiquement occultée par l'unique catégorisation médico-juridique du malade/délinquant » (Rosenzweig, 1998, p.17). Cette catégorisation malade/délinquant s'est cristallisée dans le terme de drogue dont la signification s'est progressivement rabattue du côté exclusif du poison, de la menace sanitaire et sociale. Dans les représentations sociales dominantes, toute la dimension remède est effacée au profit de l'interdit, de la dépendance, de la déchéance et de la mort. Faute de limite pharmacologique stricte entre produit ressource et produit danger, c'est l'usage du substantif « drogue » qui organise les frontières morales et sociales, entre les bons et les mauvais produits (l'alcool et les médicaments VS les drogues), les bons et les mauvais usagers (consommateurs, amateurs, usagers, patients VS drogués, toxicos, malades, criminels). De nombreux auteurs internationaux, en sciences humaines et sociales (Rosenzweig, Ehrenberg, Peele, Castel, Ogien, Coppel, Peretti-Watel, Bergeron, Saint-Onge, Saint-Germain) et en psychiatrie (Morel, Auriacombe, Corcos, Valleur), alertent depuis des années sur les effets sanitaires et sociaux délétères de ces catégorisations, socialement fortes mais scientifiquement faibles. En désaccord, scientifique et clinique, avec l'idée de bonnes ou de mauvaises drogues, de drogues douces ou dures, tous ces auteurs utilisent le terme de drogue dans son sens premier de substance psychoactive, à la fois remède et poison.

Notre recherche s'inscrit dans la tradition de ces travaux. Aussi, dans cette thèse, c'est dans son sens scientifique de psychotrope plutôt que dans son sens commun péjoratif, que nous recourrons au terme de drogue. Pour parler de produit licite, nous utiliserons indifféremment les synonymes précédemment définis de drogue, substance psychoactive ou simplement psychotropes. Pour parler des produits illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, etc.) nous emploierons le terme spécifique de stupéfiants, de substances ou de drogues illicites. Dans les cas où le terme est utilisé dans son sens péjoratif, il sera mis entre guillemets : « drogue », « drogués ».

3.1.2.3 La dangerosité des psychotropes

Une des préoccupations sociétales vis-à-vis des produits psychotropes porte sur leur « dangerosité » (voir annexe 4) (Parquet, 1998 ; Rosenzweig, 1998 ; Roques, 1998 ; Reynaud, 2002 ; Kopp et Fenogli, 2006 ; Reynaud, 2013). Cette notion polysémique (en fonction du point de vue sur les nuisances sanitaires, sociales, ou sur le statut légal des produits) caractérise les effets potentiellement néfastes des produits pour la santé et la sécurité, pour le sujet et la société. La notion de dangerosité est au cœur des enjeux sanitaires, sécuritaires et politiques de la production, de la commercialisation et des modalités d'usage (dont l'abstinence) des drogues. Cette notion se construit sur quatre dimensions dynamiques indissociables : la toxicité (la capacité à provoquer des lésions physiologiques), la modification psychique (la faculté de modifier les perceptions, les cognitions, l'humeur, etc.), le potentiel addictif (la capacité à créer une dépendance psychique, psychosociale et/ou physiologique) et le statut social (le statut licite protège le consommateur vis-à-vis de la loi, le statut illicite le met en danger ; le statut de « bonne drogue » insère socialement l'usager, celui de « mauvaise » l'exclut) (Morel, Couteron, 2008 ; Morel et coll., 2000).

En 1998, le « rapport Roques » (voir annexe 4) sur la dangerosité des drogues (tabac, alcool, médicaments, stupéfiants), première et unique étude comparative multicritère française, souligne qu'elle ne se superpose pas avec le statut légal des produits. La dangerosité des drogues est en fonction de la dose consommée, des modalités d'usage, de leur utilité fonctionnelle et de l'association de potentialisateurs (substances qui augmentent la réceptivité du cerveau) (Roques, 1997, 1998). En 1998, Michel Rosenzweig rappelait que

> « *D'un strict point de vue pharmacologique, entre un poison, un médicament et un narcotique, tout est donc question de dosage et d'usage.* » (p.17).

En avril 2016, la déclaration finale de la Commission d'audition publique pour la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux drogues sous l'égide de la FFA, de la Direction générale de la santé (DGS), de la MILDECA et de la Haute autorité sanitaire (HAS) (FFA, 2016), constate que la dangerosité effective (les dommages) des drogues en France est, entre autres facteurs, une conséquence directe des politiques publiques de « guerre à la drogue » (Kokoreff, 2010). Ils recommandent, aux côtés des études sur les produits et les effets des dosages, de développer les connaissances du côté des usages et des savoirs associés. Il s'agit d' « Encourager la recherche académique à travers le développement d'études

participatives fondée sur la reconnaissance de savoirs expérientiels des usagers » (p.18). Pour les 15 membres de la Commission d'audition (FFA, 2016)

> « *L'ensemble de cette démarche n'est pas un postulat philosophique ou idéologique mais elle repose sur le constat du désastre des politiques précédentes, qui contraste avec le succès d'autres expériences européennes et françaises* » (p.4).

3.1.3 Les produits répertoriés dans notre étude

Aujourd'hui, en France, les drogues légales les plus consommées sont l'alcool, le tabac, le café et les médicaments psychotropes (INPES 2005 et 2010). Il existe aussi plus d'une centaine de molécules illicites accessibles. En 2015, le tableau français des stupéfiants répertoriait plus de 170 plantes et substances, mais les produits illégaux phares ne sont que quelques-uns : il s'agit du cannabis, de la cocaïne et de l'héroïne, et de leurs dérivés synthétiques.

Dans le cadre de notre recherche, les substances psychoactives répertoriées dans les différents travaux étudiés et sur nos terrains, sont les suivants :

L'alcool
Le tabac
Les amphétamines
Le cannabis
La cocaïne
Le café et la caféine à haute dose
Les psychostimulants

Les analgésiques :

- antalgiques de niveau 1 (Paracétamol, Ibuprofène, etc.)
- opioïdes faibles de niveau 2 (Codéine, Tramadol, etc.)
- opioïdes forts de niveau 3 (Morphine, etc.)

Les médicaments psychotropes classiquement distingués :

- Anxiolytiques (tranquillisants)

- Hypnotiques (somnifères)
- Neuroleptiques (antipsychotiques)
- Antidépresseurs
- Thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur)

Les médicaments de substitutions aux opiacés (MSO) :

- La Methadone
- La Buprenorphine haut dosage (BHD)

Dans notre recherche, tous ces produits seront soit spécifiés au cas par cas, soit englobés sous les termes génériques de drogue, de psychotrope ou de substance psychoactive.

3.1.4 Histoire et valeurs sociales des produits consommés en France

3.1.4.1 Des substances précieuses aux produits industriels

Si elles sont des substances pharmacologiques, les drogues sont aussi des phénomènes culturels et sociaux. Comme le fait remarquer l'historienne Catherine Ferland (dans Courtwright, 2008)

> « *l'histoire des drogues se superpose à (et, dans certains cas, se confond avec) l'histoire de la médecine, l'histoire économique, l'histoire politique, l'histoire religieuse, ou l'histoire culturelle des peuples*. » (Préface p.1).

Alcool, café, tabac, cannabis, cocaïne, opium, etc., sont indissociables de l'histoire des sociétés humaines, de leurs rites, de leurs croyances et de leur développement ; de la souffrance, de la science et des techniques ; de l'accélération et de l'intensification des activités de consommation et de production du monde contemporain.

Les études archéologiques et anthropologiques montrent que, depuis des millénaires, les hommes ont utilisé, de façon très socialisée, les drogues trouvées dans la nature (plantes, racines, fruits ; fermentation, concoction, etc.) (Escohotado, 1998 ; Courtwright, 2008 ; Rosenzweig, 1998). Avec la sédentarisation progressive des peuples, les produits naturels sont sélectionnés, cultivés et améliorés. Avec le développement des communications et du

commerce, ils sont échangés et valorisés économiquement (Courtwright, 2008). Historiquement, dans toutes les régions et les cultures du monde, les psychotropes sont considérés comme des relais vers les esprits, divins ou maléfiques, des remèdes précieux et des poisons ou des vices pour qui ne peut les maîtriser (Rosenzweig, 1998). Produits d'apprentissage, de soin, et parfois d'excès, ce sont généralement les souverains, les élites et les clergés qui en contrôlent l'usage et le commerce, ou peuvent les interdire. A partir du XIXème siècle et l'avènement de la chimie organique, les principes actifs (appelés aussi alcaloïde) sont de mieux en mieux isolés et synthétisés. Sous l'influence de l'industrialisation, de l'augmentation de l'offre, et des nouvelles conditions de vie, de travail et de santé, les psychotropes se consomment beaucoup plus massivement (Courtwright, 2008 ; Nourrisson, 1999 ; Mauro, 2002 ; Fillaut et coll., 1999). Aujourd'hui, la production industrielle (légale ou illégale) invente chaque année de nouvelles molécules (à visée thérapeutique ou de confort ; pour le dopage sportif ou militaire ; pour le narcotrafic, etc.) (OFDT, 2015).

Nous proposons ici une histoire des principaux psychotropes consommés en France. Les connaissances associées à cette perspective s'avèrent indispensables pour saisir à la fois la trajectoire et les multiples composantes et fonctions de la problématique « drogue ». Elle constitue le socle de la construction de notre objet de recherche « usage de psychotrope »

Présentées par produit, ces histoires ne sont pas cloisonnées, elles se croisent en permanence, portées par les mêmes dynamiques humaines et sociales sous-jacentes. Nous observons à quel point les dynamiques culturelles, morales, économiques et médico-juridiques à l'œuvre pour chacune de ces substances (de la plus anodine aujourd'hui, le café, à la plus stigmatisée, l'héroïne ou le crack), sont ambivalentes et se superposent entre elles : panacée un temps, « ruée vers l'or » un autre, déviance encore un autre (Rosenzweig, 1998 ; Courtwright, 2008). Avec Max Milner (2000), professeur de littérature et essayiste français, nous observons que

> « *la consommation des drogues dépend de facteurs sociaux, ne serait-ce que leur mise sur le marché, ou leur invention, ou l'information répandue à leur sujet. Il y a bien entendu des ressemblances entre les effets qu'elles produisent quelle que soit l'époque envisagée, mais ceux-ci dépendent, pour une large part, de l'attente du consommateur, qui est elle-même fonction de l'image que la société lui renvoie de lui-même. Celui-ci, par le rejet, la curiosité, voire la fascination qu'il suscite est, à son tour, le révélateur des peurs, des doutes et des tentations qui la travaillent.* » (p.10).

Même si les finalités évoluent, le constat de cette « circularité » fait par Milner, à partir des textes « De Thomas De Quincey à Michaux » (2010), est d'une grande contemporanéité. Aujourd'hui, les drogues et leurs usages sont omniprésents, plus accessibles, plus puissants, plus ciblés, plus prescrits et parallèlement plus cachés, plus combattus et plus stigmatisants. C'est de notre point de vue l'historien David T. Courtwright (2008) qui chronique le mieux ce paradoxe et le désastre associé

> « *L'histoire des substances psychoactives ressemble à une course aux armements. Les changements technologiques augmentent continuellement la mise.* » (p.25).

3.1.4.2 Café et caféine

Le café est la drogue la plus consommée au monde (Courtwright, 2008). Vraisemblablement originaire de l'Éthiopie, où ses fèves sont mastiquées pour leurs effets stimulants, le café apparaît au Yémen et dans le monde arabo-musulman à partir du XVème siècle. Dans cette région, il est consommé en boisson infusée et rencontre un grand succès. Très prisé par les imams et les souverains pour ses effets tonifiants sur l'esprit et le corps, le café est aussi apprécié par les hommes du peuple, qui le consomment dans des lieux collectifs dédiés, les *kaveh kanes* (Mauro, 2002). Il peut aussi être utilisé comme remède. C'est d'ailleurs en tant que plante médicinale que le café est importé dans le sud de l'Europe au début du XVIIème siècle. Dès les années 1640, il se diffuse comme produit de consommation courante (Courtwright, 2008). En Europe, comme dans les pays perses et arabes, il est apprécié pour ses effets psychostimulants. Avec sa diffusion s'établissent des lieux de préparation et de consommation, les maisons du café, les premiers « cafés » (sur le modèle de ceux des régions arabo-musulmanes). Dès la seconde moitié du XVème, des « cafés » s'ouvrent à travers toute l'Europe (Venise, Londres, Paris, Marseille, Vienne, Stuttgart, etc.). Ce sont d'abord des milieux d'hommes. Ils deviennent progressivement des espaces de débats et de mouvements politiques. Dans l'histoire arabo-musulmane et européenne, le café est un produit très apprécié, mais son usage est régulièrement réprouvé ou interdit par les autorités religieuses ou séculaires, dès lors qu'il est assimilé aux mobilisations sociales fomentées dans les cafés. Dans les pays anglo-saxons et leurs colonies, le café s'impose progressivement face au thé, consommé lui aussi pour ses vertus stimulantes et tonifiantes. Aujourd'hui, la consommation et la production du café sont mondiales. En 2002, il est la seconde matière première la plus échangée, derrière le pétrole et devant le blé et le sucre (Mauro, 2002).

La caféine, principe actif du café, présent aussi dans le thé, le chocolat, le kola, etc., est consommée dans toutes les cultures. En plus de ses diverses formes naturelles (café, thé, chocolat), elle est aussi proposée sous des formes synthétiques, plus concentrées. Des gélules de caféine, de 50mg (l'équivalent d'un café) à 200mg (forte dose, l'équivalent de 4 expressos) sont aujourd'hui proposées en vente libre dans les pharmacies et les détaillants de produits fitness. Ces compléments alimentaires sont consommés pour leurs effets sur la vigilance, la concentration et la tonicité musculaire. Pour potentialiser son action, la caféine est aussi vendue associée à d'autres molécules (taurine, guarana, éphédra) dans des boissons industrielles dites énergisantes ou tonifiantes, ou dans des comprimés pharmaceutiques.

Cette substance n'est pas déclarée comme dopante, au sens légal du terme (droit du sport), mais elle fait l'objet d'un « programme de surveillance », au cours des compétitions sportives, de la part de l'Agence mondiale antidopage (AMA, 2016).

3.1.4.3 Alcool

L'alcool est aujourd'hui la seconde drogue la plus consommée au monde (Courtwright, 2008, p.31). Elle est utilisée à travers le monde depuis des millénaires (traces d'éthanol fermenté découvertes dans des sites archéologiques d'Égypte, d'Asie, d'Amérique et d'Europe). Il est obtenu par la fermentation naturelle de végétaux : fruits, céréales ou racines en fonction des régions et des cultures. En Europe, c'est d'abord le vin qui connaît le plus grand succès. Originaire, il y a 6000 à 4000 ans avant notre ère, de la région s'étirant entre la mer Noire et la mer Caspienne, il se dissémine ensuite dans le pourtour méditerranéen (Courtwright, 2008). Très apprécié des Romains, il se diffuse largement dans les pays avec lesquels Rome commerce, ou qu'elle conquiert. En s'étendant dans les mêmes contrées, et au-delà, la chrétienté s'approprie cette boisson et l'incorpore à ses rites (eucharistie, fêtes religieuses) et à l'activité de ses monastères. L'Église associe le vin au divin et à la médecine (qu'elle place sous sa tutelle) mais elle condamne les excès et l'ivresse. Au Moyen-Âge c'est aussi le brassage et l'usage de la bière qui se développent aux côtés du vin. En Europe, à cette époque, l'eau potable des villes est souvent polluée et impropre à la consommation, le recours aux boissons alcoolisées fermentées, au titrage alcoolique faible, se généralise pour faire face à cette menace. A l'inverse, dans le monde arabo-musulman, dès son origine au VIIème siècle, l'Islam interdit l'alcool et toutes ses dérives.

Utilisé par les Grecs et les Romains, amélioré par les Arabes, l'alambic arrive en Europe au XIème siècle et ouvre une nouvelle ère pour la production et la consommation de boissons alcoolisées (Courtwright, 2008). Initialement dédiée à distiller les essences et les huiles aromatiques, cette technologie est progressivement utilisée pour distiller l'alcool. Ce nouveau genre de breuvage, très concentré en éthanol, est appelé « eau de vie », pour sa réputation de boisson fortifiante. Difficile à produire jusqu'à la fin du XVème siècle, elle reste longtemps un remède vendu par les apothicaires aux riches citadins (Verdon, 2002). A partir du milieu du XVIIème siècle, une fois la technologie maîtrisée et le commerce organisé, on trouve des eaux de vie locales de l'Irlande à la Russie, et dans les colonies (Courtwright, 2008).

Le XIXème siècle constitue un tournant. L'alcool - dans ses différentes formes (vins, bières et boissons distillées) – se conserve mieux, il est produit de manière industrielle et se diffuse largement. Parallèlement, en Amérique comme en Europe, et dans leurs pays colonisés, les classes sociales aux conditions de vie difficiles, et les peuples indigènes, adoptent les boissons distillées. Pour David T. Courtwright, ce choix répond à deux logiques complémentaires, « Les eaux de vie constituent une source peu coûteuse d'ivresse et de calories » (Courtwright, 2008, p.21). De nouveaux troubles sanitaires et sociaux, liés à ces usages intensifs d'alcool et aux conditions de vie associées, apparaissent chez les classes populaires et les peuples colonisés (ivresses chroniques, violences, maladies, incapacité à travailler, morts prématurées). En 1849, Magnus Huss, médecin suédois, décrit ces troubles comme une intoxication à l'éthanol de l'organisme et de l'esprit, doublée d'une dégénérescence des classes populaires. Il appelle cette épidémie sociale l'alcoolisme (Fillaut et coll., 1999). L'idée d'alcoolisme comme fléau sanitaire et social vient de naître. Parallèlement, les ligues contre l'ivrognerie et l'alcoolisme se créent. De grandes mobilisations anti-alcool s'organisent et, de la fin du XIXème au début du XXème siècle, des politiques prohibitionnistes s'imposent (Coppel et Bachmann, 1989). Mais, en Europe comme en Amérique, les enjeux sociaux, culturels, « psychoactifs », économiques, etc., de l'alcool sont trop importants. Globalement, cette drogue résiste à l'anathème et demeure finalement, ou redevient, un produit légal encadré. En France, les différentes vertus de l'alcool sont associées au vin qui est promu « boisson nationale » (Morel dans Morel, Couteron et Fouillant, 2015, p.6). Les déviances et les abus sont, pour leur part, assimilés aux boissons distillées jugées responsables de l'alcoolisme et de toutes ses dérives. Pour étayer ce compromis social, sans véritable fondement scientifique, les boissons distillées sont plus rigoureusement taxées et réglementées (dans les codes de la santé publique et du travail

notamment). Elles sont aussi parfois appelées, sans plus d'argument scientifique, « alcools durs » ou « alcools forts » par opposition au vin ou à la bière (Craplet, 2005, p.28).

Depuis le milieu du XXème siècle, sous l'influence du commerce international, du marketing et des réglementations diverses, les manières de boire se transforment : les consommations dites de table (habitudes des pays du Sud de l'Europe) se réduisent au profit de la recherche d'ivresse (usages du Nord de l'Europe) ; à volume égal consommé, les boissons fermentées sont plus alcoolisées (le vin peut titrer jusqu'à 18°, la bière jusqu'à 15°, le cidre jusqu'à 7°) ; le recours à l'alcool se féminise et ouvre de nouveaux marchés (stratégie marketing agressive des alcooliers).

Le nombre et la gravité des dommages sanitaires et sociaux associés à l'alcool (cancers, maladies cardiovasculaires et digestives, violences, alcoolémie routière positive, surmortalité, etc.) sont globalement en diminution en France mais ces dommages restent élevés. Ils impliquent plusieurs centaines de milliers de personnes chaque année (OFDT, 2015). Avec le durcissement de la réglementation et des contrôles, les dépistages positifs d'alcoolémie routière sont en hausse (350000 en 2012). En 2011, les tribunaux ont prononcé plus de 150000 condamnations pour conduite en état alcoolique (OFDT, 2015). Il est à noter, qu'en matière d'alcoolémie positive, c'est autant les usages que l'évolution de la réglementation qui définissent l'abus.

3.3.1.4 Tabac

Le tabac est la troisième drogue la plus consommée au monde (OMS, 2015). C'est une plante originaire d'Amérique centrale, considérée avant l'arrivée des conquistadors comme sacrée et curative. Sa feuille, fumée, chiquée ou prisée, est utilisée dans la vie quotidienne et dans les cérémonies religieuses et les rites de passage. Elle élève l'esprit et permet d'apaiser les douleurs. Découverte et importée en Europe à la fin du XVème siècle par Christophe Colomb, cette plante est d'abord utilisée par les explorateurs espagnols et portugais, en dehors de toute dimension spirituelle ou médicinale. A son arrivée en Europe, le tabac apparaît comme une plante exotique sans grande importance, elle se diffuse dans les ports, les tavernes et les armées, appréciée en usages ludiques, seule ou associée au vin ou à la bière (et plus tard au café). Parallèlement, elle est progressivement utilisée par l'aristocratie européenne à des fins médicinales. En 1560, Jean Nicot, ambassadeur français au Portugal, l'introduit auprès de Catherine de Médicis. Cette drogue permet de soigner les migraines de son fils et devient

« l'herbe de la reine » qui en impulse la culture et la diffusion sur tout le territoire (Nourrisson, 1999). Progressivement, son usage, à la fois médicinal, psychotrope et social, transcende les milieux. Misérables ou riches, tous « se mettent au tabac, par la chique, la pipe ou la prise selon la classe sociale, le sexe et les pratiques locales » (Courtwright, 2008, p.28). Les médecins utilisent le tabac comme une panacée, ils en conseillent l'usage sous diverses formes : goutte, pilule, infusion, huile, inhalation, etc. Le tabac devient « le médicament universel » (Nourrisson, 1999). La valeur de ce nouveau commerce conduit les pays européens à imposer des taxes (en France, Richelieu instaure la première dès le XVIIème siècle), à produire du tabac dans leurs colonies et à organiser des monopoles d'état pour en assurer la distribution. Parallèlement, ces pratiques sont condamnées par l'Église, qui lutte pour conserver le contrôle des esprits et des corps. Dans certains pays, les autorités civiles et les monarques la désapprouvent aussi, voire l'interdisent violemment. Entre les XVIIème et XVIIIème siècles, en Angleterre, Chine, Russie, Turquie, les fumeurs risquent la bastonnade, l'exil, la torture ou la mort. Mais le tabac n'est pas moins consommé, il l'est illégalement. « Cette drogue s'avère si puissante - l'historien V.G. Kiernan la qualifie de plaisir le plus universel que l'humanité ait pu se donner - qu'elle triomphe de tous les obstacles juridiques et de toutes les susceptibilités » (Courtwright, 2008, p.29).

Au début du XIXème siècle, un chimiste français, Louis Nicolas Vauquelin, isole la nicotine, le principal alcaloïde du tabac (Nourrisson, 1999). Avec l'industrialisation, le commerce et les modalités d'usage du tabac se transforment. Progressivement, la pipe et le cigare remplacent la prise. Dans la première moitié du XXème siècle, c'est la cigarette qui s'impose. Sous cette forme, le tabac devient un produit de consommation courante, un « langage universel parlé par toute l'Europe, les États-Unis, la Turquie, la Chine, et à peu près l'ensemble du monde » (Goodman dans Courtwright, 2008, p.29). Des voix moralistes, américaines notamment, s'élèvent rapidement contre cette « petite esclavagiste blanche » (Courtwright, 2008, p.30) mais la cigarette triomphe. En 2015, on estime à 1 milliard le nombre de ses fumeurs dans le monde.

La cigarette facilite l'utilisation et la diffusion du tabac mais elle permet aussi aux industriels d'en manipuler la composition et d'en accroître le pouvoir addictif. Rapidement, certains additifs (arsénique, goudrons, papier, etc.) empoisonnent des centaines de milliers de fumeurs et leur entourage. Les premiers travaux épidémiologiques d'envergure sont publiés aux USA dans les années 1960. S'ensuivent de grands procès pour fraude et empoisonnement gagnés contre l'industrie du tabac, des millions de cas de cancers et de maladies cardiovasculaires ou respiratoires attribués chaque année au tabac, et une évolution plus ou

moins drastique des politiques nationales et des règles de commercialisation. Le tabac reste un « produit à tout faire » (Delorme dans Morel et coll. 2015, p.124) qui peut procurer conjointement une stimulation psychique et une détente musculaire (Molimard, 2003) mais, dans sa forme et ses usages contemporains, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comptabilise « qu'il tue » près de 6 millions de personnes chaque année, dont 80% vivent dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires (OMS, 2015). En France, sous l'influence des lois et des discours de responsabilisation individuelle (fumer tue), la cigarette revêt un caractère plus péjoratif, plus menaçant pour la société : elle quitte la catégorie de produit de consommation courante pour intégrer celle d'addiction et de drogue ; la hausse continue des prix du tabac en diminue l'usage, mais en augmente le trafic. Pour toutes ces raisons, maladies physiologiques, dépendance et criminalité associées, la figure du tabagique rejoint progressivement celle du drogué.

3.1.4.5 Cannabis

Le cannabis (nom latin du chanvre) est originaire d'Asie centrale où il est cultivé depuis plus de 6000 ans. Cette plante présente le grand intérêt de s'adapter à tous les environnements et d'offrir de multiples usages. Elle produit une drogue puissante, une huile de cuisson, des graines comestibles, du fourrage pour les animaux ou des fibres très solides, utilisées pour les tissus et les cordages divers (Phan, dans Morel et coll. 2015). Arrivée en Inde dans les mêmes périodes, son usage comme drogue psychotrope et remède s'intègre profondément aux pratiques culturelles, médicinales et religieuses. Les guérisseurs hindous et musulmans le prescrivent pour combattre les épidémies et les rhumatismes. Il est aussi une drogue traditionnelle contre l'ennui et la fatigue, pour favoriser la prière et stimuler l'ardeur sexuelle (Courtwright, 2008).

En Europe, ce sont les médecins et les botanistes grecs qui les premiers utilisent le cannabis pour ses vertus médicinales et psychoactives mais, contrairement aux Indiens, ils n'en font pas une panacée. C'est toutefois par leur intermédiaire et celle des marchands iraniens, qu'autour du VIème siècle, cette plante et ses usages arrivent dans le monde arabo-musulman. Son utilisation y est controversée. Les Soufis s'approprient les propriétés mystiques du cannabis, les musulmans orthodoxes les condamnent. Différentes prohibitions seront entreprises mais aucune n'aboutira. A partir du XIVème, la production du haschisch s'établit durablement dans le monde arabe et en Afrique : dans le delta du Nil, dans l'Est du

continent, puis au Centre et à l'Ouest (Courtwright, 2008, p.62). Parallèlement, les pays d'Europe ont besoin de chanvre pour leurs cordages et leurs tissus. Au XVIème siècle, pour faire face à la demande, l'Espagne, la France et l'Angleterre établissent des plantations de cannabis dans leurs colonies nord-américaines. Les colons européens ne s'approprient pas son usage psychoactif, dans leur mode de vie d'alors, ils se satisfont très bien des effets de l'alcool et du tabac. En Amérique du Sud, à la même époque, ce sont les esclaves angolais qui introduisent le cannabis. A leur contact, les indiens et les métisses autochtones s'approprient et diffusent cette plante et ses usages multifonctionnels. Fin XIXème, début XXème, le cannabis arrive dans les Caraïbes (Jamaïque, Cuba, Costa Rica, Panama, etc.). A la faveur de l'abolition de l'esclavage, 500 000 travailleurs y débarquent en provenance d'Inde. Ils apportent leurs forces de travail, leurs traditions et le « complexe ganja » (Courtwright, 2008, p.64) nom donné par l'anthropologue Véra Rubin (Rubin, 1975, p.4) à la multiplicité des usages (psychotropes, nutritionnels, sociaux, techniques) liés au « ganja » qui en Inde décrit la préparation du cannabis la plus concentrée en THC.

Ce n'est qu'au début du XXème siècle que la consommation à visée psychotrope du cannabis se développe aux États-Unis. Cette habitude est importée par les travailleurs mexicains, les troupes américaines de retour du canal de Panama, et les marins des Caraïbes et de l'Amérique du Sud. Les grandes plantations de chanvre ont disséminé des plants sauvages un peu partout dans le pays, les graines sont facilement collectées et cultivées. L'usage du cannabis devient exclusivement psychotrope, « On fume tout simplement pour planer » (Courtwright, 2008, p.67). Ce sont globalement les hommes noirs des classes populaires qui sont concernés par ces consommations. Celles-ci, marquées socialement et racialement, inquiètent les lobbys religieux et racistes. En 1937, le Marihuana Tax Act est voté. Cette loi fédérale taxe les acteurs de la filière du chanvre et interdit, mais sans criminaliser, la production, la vente et l'usage du cannabis comme drogue.

Les années 1960 et 1970 marquent un tournant. Avec le mouvement hippie, les jeunes des classes moyennes et supérieures s'approprient la marijuana. L'usage de cette drogue symbolise « la rébellion contre la guerre et l'ordre social matérialiste et ségrégationniste » (Courtwright, 2008). Ce mouvement, né aux USA, devient rapidement mondial.

Aujourd'hui la production, le trafic, la cession et la détention de cannabis sont incriminés par trois grands traités internationaux : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (amendée par le protocole de 1972), la convention sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de

1988 (ONU, 2016). Sous la pression internationale, tous les pays membres de l'ONU ont adopté ces traités, dont de nombreux contre leurs us et coutumes millénaires.

Depuis les années 2000, plusieurs pays distinguent, et autorisent, le commerce et l'usage médical du cannabis (Canada, État fédéral des États-Unis, Suisse, Allemagne, Espagne, etc.).

En 2012, les États-Unis, pourtant précurseurs des traités internationaux, reconnaissent officiellement que la guerre au cannabis est un échec : elle n'en supprime ni l'usage, ni le commerce illicite. Pire, cette prohibition a des conséquences bien plus délétères que la drogue elle-même (enrichissement des organisations mafieuses, déstabilisation des états producteurs de drogues, violence, criminalité, coût économique en police, justice, incarcérations, etc.) (Lowenstein, 2016). En juillet 2013, l'Uruguay légalise, de manière très réglementée, la culture, la vente et l'usage du cannabis. Il est le premier pays à déroger aux traités de l'Organisation des Nations unies (ONU) (Hari, 2014).

3.1.4.6 Opium, morphine et héroïne

D'après l'ethnobotaniste hawaïen Mark David Merlin, il semble que le pavot soit connu en Europe centrale (région de la Suisse actuelle) depuis le cinquième millénaire avant Jésus-Christ et se soit diffusé vers le sud et la Méditerranée orientale (Merlin, 1984). Traditionnellement, cette plante est utilisée pour ses multiples propriétés nutritives, psychoactives et médicinales. En Grèce antique, l'opium extrait du pavot est une drogue très présente dans la pharmacopée d'Hippocrate. Plus tard on le retrouve, tout aussi majeur, chez les médecins arabes et, à partir du VIIIème siècle, en Perse, en Inde et en Chine. Consommé sous forme de jus (opium signifie « jus de pavot » en grec), de suc laiteux ou de pilule, c'est un médicament efficace contre l'anxiété, l'insomnie, les migraines, les douleurs et les diarrhées (Rosenzweig, 1998). A l'époque de la christianisation de l'Europe occidentale, les effets psychotropes de cette drogue sont condamnés par l'Église et le pavot et ses usages se perdent. L'islam de son côté tolère l'opium, ses effets et ses excès apparaissant beaucoup moins dégradants et déviants que ceux de l'alcool et de l'alcoolisme.

Au XIIème siècle, à la faveur des guerres saintes contre les arabes et plus tard par l'intermédiaire des marchands vénitiens, le pavot est réintroduit et à nouveau consommé en Europe. Mais c'est au XVIème siècle que l'usage d'opium trouve un nouvel élan. L'imagerie sociale de l'époque associe la force des Turcs à leur consommation d'opium qui devient un

produit très valorisé. Parallèlement, son utilisation évolue progressivement vers celle du tabac, sur un modèle plus hédoniste que médicinal, et sous une forme fumée. La production, principalement en Asie, et le commerce mondial s'organisent sous l'impulsion des Hollandais et des Britanniques. Au XVIIIème, l'usage de la pipe « somnifère » se propage, avec en Chine les premières conséquences sanitaires préoccupantes (Courtwright, 2008).

En plus des propriétés analgésiques et anesthésiantes de l'opium, les consommateurs occidentaux du XIXème siècle et du début du XXème en célèbrent d'autres : « le détachement des contingences extérieures » (Rosenzweig, 1998). Dans la deuxième moitié du XIXème siècle, de véritables épidémies de consommation d'opium ont pu être observées dans les milieux ouvriers misérables de Londres. En 1804, la morphine, un des alcaloïdes de l'opium, est isolée. Elle connaît rapidement un immense succès, dans tous milieux sociaux, pour sa fiabilité et ses qualités antalgiques, anxiolytiques, soporifiques et hédoniques (Yvorel, 1992). « L'un des principaux avantages, mais aussi des principaux dangers, de la morphine est son efficacité à soulager les symptômes de maladies que les médecins sont impuissants à guérir » (Courtwright, 2008, p.58). En 1894, c'est l'héroïne (diacétyl morphine) qui est synthétisé, plus puissant encore que la morphine. Comme pour l'opium, ces dérivés deviennent à la fois des drogues de la pharmacopée moderne et des produits psychoactifs ludiques.

Face à l'évolution de ces substances, de leur puissance, de leurs consommations et de leurs dérives, et sous l'impulsion de la prohibition américaine, la « Convention internationale de l'opium » a été signée le 23 janvier 1912. C'est le premier traité international visant le contrôle des drogues. Il porte sur l'opium, la morphine, la cocaïne et l'héroïne. Il vise à conserver les usages thérapeutiques de ces quatre substances, et à en interdire les excès et la contrebande.

Aujourd'hui la production, le trafic, la cession et la détention d'opium, d'héroïne et de nombreux dérivés opiacés, sont incriminés par les trois grands traités internationaux contre les drogues (1961, 1971 et 1988) mais, à travers le monde, leurs usages résistent et une industrie mafieuse extrêmement puissante prolifère. En 2016, l'ONU reconnaît officiellement l'échec de la guerre à l'héroïne, et aux dérivés opiacés (ONU, 2016), mais aucune politique alternative n'est encore arrêtée.

3.1.4.7 Cocaïne

La coca est un arbuste originaire de la région du Pérou. Elle est utilisée depuis des millénaires par les peuples des Andes. Pour les Indiens de la région du lac Titicaca, Khoka signifie « l'arbre par excellence ». Elle appartient à leur pharmacopée ancestrale et à leurs rituels sociaux et religieux (Rosenzweig, 1998). Les légendes Incas rapportent que le Dieu Soleil créa la Coca pour étancher la soif, éteindre la faim et faire oublier la fatigue. Les feuilles de coca sont mélangées à des petites quantités d'alcalis : chaux vive, cendres de patates douces, de céréales ou de bananes, pour être consommées mâchées (Rosenzweig, 1998, p.93). Cette pâte optimise l'absorption progressive de la cocaïne, le principe actif de la coca. En fonction de la variété de coca et de sa préparation, son usage est réservé aux pratiques sacrées, aux prêtres et à l'élite indienne, ou aux pratiques profanes. Ces consommations se transforment au XVIème siècle sous l'influence de la conquête espagnole et de la christianisation forcée. Les usages rituels, jugés diaboliques, sont bannis par les colons ; les usages pour résister à la dureté de la vie quotidienne (faim, altitude, fatigue, etc.) sont tolérés. Les Espagnols ont observé que, dans les mines notamment, la consommation de cette plante soutenait le travail des ouvriers-esclaves. Les échanges de coca s'organisent localement entre indiens et colons mais, malgré tout l'intérêt de cette drogue, le commerce tarde à se mettre en place avec le vieux continent. Faute de méthode de conservation appropriée, les feuilles de coca perdent leurs propriétés au cours des traversées (Courtwright, 2008).

En 1860, Albert Neiman, un chimiste autrichien, découvre la formule chimique de la cocaïne. Dix ans plus tard, ses premiers dérivés sont synthétisés et utilisés comme anesthésiants locaux. A la fin du XIXème siècle, l'intérêt médical pour la cocaïne s'accroît. La demande augmente mais l'offre reste restreinte et chère, la coca demeure fragile à transporter. Pour contourner cette difficulté, les grands manufacturiers européens décident d'organiser l'extraction de la cocaïne sur place, avant le transport. Cette stratégie résout le problème de conservation (Courtwright, 2008). Avec l'augmentation de la production, et l'amélioration de l'emballage des feuilles, la cocaïne est plus disponible et abordable. Jusqu'à sa prohibition, elle est couramment utilisée pour ses vertus médicamenteuses. Elle est prescrite comme tonique et pour désintoxiquer de l'alcool ou de la morphine. Sa consommation permet de rester éveillé et alerte, elle réduit les besoins de sommeil (Rosenzweig, 1998).

Dans les années 1900-1920, parallèlement à la chute des prix et à l'engouement pour cette drogue, une épidémie d'intoxication et de dépendance se déclare. Les effets secondaires de la cocaïne sont nombreux. Ils peuvent être respiratoires et cardiovasculaires ; ou

psychiatriques (crise de panique, dépression, insomnie). Face à l'évolution des abus de cocaïne, la Convention internationale de l'opium du 23 janvier 1912 en interdit les excès et le commerce illicite. Malgré cette réglementation officielle, le commerce illicite se développe et des sous-produits sont synthétisés : la cocaïne base et le crack (1975). De moins bonne qualité mais aussi beaucoup moins chers, ces drogues inondent les quartiers pauvres d'Amérique du sud et centrale, et des États-Unis. Aujourd'hui la production, le trafic, la cession et la détention de la cocaïne, et de ses dérivés, sont incriminés par les traités contre les drogues de l'ONU (1961, 1971 et 1988) mais, à travers le monde, leurs usages sont globalement en augmentation et le trafic et la criminalité associée prolifèrent. A l'exception du crack, la grande majorité des consommateurs de cocaïne n'ont pas de dommages associés à leurs usages (OFDT, 2015). En 2016, l'ONU acte l'échec de la guerre à la cocaïne mais ne propose pas encore de nouvelles règles (ONU, 2016).

3.1.4.8 Médicaments psychotropes

Avec l'avènement de la médecine, de la pharmacie moderne et l'invention du médicament en tant que substance réglementée, les alcaloïdes thérapeutiques (alcool, caféine, nicotine, morphine, héroïne, cocaïne, THC, etc.) deviennent, d'abord, des objets pharmacochimiques et juridiques (Chast, 2002). Toutes les composantes mystiques, culturelles, profanes, et jusqu'à celles de poison, des drogues, finissent par être masquées par l'étiquette « médicament ». L'invention de cette catégorie permet de partager les produits médicaux, sur prescription, et les produits de consommation populaire, hors prescription, et de confier la construction du sens, le commerce et la régulation à certains acteurs sociaux plutôt qu'à d'autres (médecins, pharmaciens, services de l'État ou de l'Église, industries, etc.). Ils deviennent des objets de pouvoir économique et d'influence sociale (Couteron dans Morel et coll. 2015).

Le XIXème siècle est un tournant pour la définition, la production et l'encadrement du médicament. Avec les progrès de la chimie, les alcaloïdes et leurs dérivés sont isolés et synthétisés finement, en grand nombre et en grands volumes. Ce mouvement ne s'est jamais interrompu. Les recherches, et les moyens financiers et industriels associés, entraînent la découverte et la production d'une multitude de molécules psychoactives confiées aux médecins et aux pharmaciens. Progressivement l'industrie pharmacochimique prend le contrôle de la production des remèdes et les pharmaciens celui de leur diffusion (Chast,

2002). Drogueries et herboristeries disparaissent et avec elles, le recours aux alcaloïdes naturels. Au début du XXème siècle, il y avait une douzaine de molécules chimiques et une centaine de produits naturels. Début 2000, nous avons plusieurs centaines de molécules psychoactives disponibles dont très peu de naturelles (Brohard, 2012). Tous médicaments confondus, 2800 substances différentes (seules ou associées, différemment conditionnées, etc.) sont aujourd'hui vendues en pharmacie (ANSM, 2014).

Cette évolution légale, scientifique et technologique du médicament pourrait conduire à oublier qu'il n'en reste pas moins une drogue et une réalité psychosociale ambivalente. Le débat apparaît plus binaire et porte sur le clivage entre naturel et artificiel. Dans ses travaux anthropologiques sur les médicaments, Sylvie Fainzang observe que « Si le médicament est, en général, tel le pharmakon, un objet ambivalent, à la fois remède et poison (Fischler, 1990), positif et négatif, il semble que les psychotropes soient perçus comme résolument positifs, par les tenants du soulagement de la souffrance psychique, ou résolument négatifs, par les tenants critiques du « bonheur sur ordonnance » (Le Moigne, 1999) » (Fainzang, 2001).

L'histoire des médicaments psychotropes fait apparaître de multiples risques et dommages (INSERM, 2012). Légaux vis-à-vis de la procédure d'autorisation de mise sur le marché du médicament (AMM), plusieurs antidépresseurs, somnifères, antalgiques, ont aussi été jugés trop dangereux (après des années de prescription, de consommation, d'effets très satisfaisants et d'effets indésirables graves) et interdits : Amineptide, Isoméride, Néfazodone, Pervitine, Noctran, Di-antalvic, Propofan, etc. Aujourd'hui encore, plusieurs molécules psychotropes industrielles, reconnues comme médicaments, sont sous étroite surveillance du fait d'effets secondaires préoccupants : Paroxétine, Zopiclone, Zolpidem, etc. La Haute autorité sanitaire (HAS) s'alarme de l'épidémie d'usages de somnifères (avec les thymorégulateurs, ils constituent la deuxième catégorie de médicaments les plus consommés en France) et de leurs effets secondaires avérés ou potentiels (HAS, 2012 ; HAS, 2014). De son côté, dans une approche pluridisciplinaire, l'Institut national scientifique d'études et de recherches médicales (INSERM) alerte sur l'évolution des prescriptions (régulièrement en dehors des autorisations de mise sur le marché du médicament), des usages, et des doses consommées par personne, quand on additionne les différents médicaments psychotropes utilisés quotidiennement (INSERM, 2012). A ce sujet Sylvie Fainzang observe que « Les patients prennent plus de médicaments que ce qui leur est prescrit dans un souci d'augmenter les chances de guérir, dans une logique du cumul des effets » (Fainzang, 2001).

3.1.4.9 Le cas particulier des médicaments de substitution aux opiacés (MSO)

Parmi les médicaments psychotropes, se trouvent les « médicaments de substitution ». Cette catégorie légale recouvre les substances dont la vocation est de remplacer une drogue par une autre, dite de « substitution ». Elle a la même activité pharmacologique que l'alcaloïde de la drogue ciblée mais aide à en réduire les risques (légalité VS illégalité, modalités d'usage - qualité des produits, voie orale plutôt qu'injection, voie cutanée plutôt qu'inhalation, etc. - maîtrise des dosages) (Magnin dans Morel et coll., 2015).

C'est « l'épidémie d'héroïnomanie » des années soixante, dans les villes américaines, qui est à l'origine des travaux scientifiques sur la substitution. En 1965, les docteurs Marie Nyswander et Vincent Dole, de l'Université Rockefeller de New-York, publient une étude démontrant l'intérêt du recours à la Méthadone (un opiacé synthétique, inventé plusieurs années auparavant) dans le suivi thérapeutique des héroïnomanes. En comparaison avec la prescription de l'abstinence et des cures de sevrage (thérapie classique), le traitement à la Méthadone agit plus favorablement sur la baisse des violences, des consommations d'héroïne, des hépatites, etc. Le principe est que la Méthadone a la même action que l'héroïne mais sans provoquer de tolérance, ce besoin d'augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets (Morel, 2015, p.55), une des clefs des usages abusifs d'héroïne. Les travaux de Marie Nyswander et Vincent Dole concluent que la substitution est un traitement thérapeutique à long terme des héroïnomanes (Ball, Ross, 1991).

Les effets bénéfiques des médicaments substitutifs sont aujourd'hui validés dans la dépendance au tabac (substitutifs nicotiniques) et, dans la dépendance aux opiacés (Magnin et Morel, 2015). Dans le cadre d'un sevrage souhaité, la substitution peut permettre de supprimer ou de prévenir les symptômes physiques et psychiques du manque. Elle peut aider à stabiliser la consommation du produit, sans limite de temps, à la réduire ou à l'interrompre. Pour les utilisateurs d'opiacés qui souhaitent maintenir leur consommation, la substitution leur permet de le faire avec moins de risques sanitaires et sociaux : ils sortent de l'illégalité et restent en relation avec un médecin (Auriacombe, Fatseas, 2006). Deux opiacés disposent d'un statut officiel de médicament de substitution susceptibles de répondre à ces objectifs thérapeutiques : la Méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD).

3.2 L’usage de psychotropes

3.2.1 Définitions

Aujourd’hui, deux grands courants scientifiques s’intéressent aux usages de drogues. Le premier s’inspire des sciences biologiques, des approches comportementalistes, médico-légales et statistiques. Il s’occupe des usages de psychotropes principalement sous l’angle de la maladie et de la déviance. Ce courant mobilise ce que le psychiatre et psychanalyste, Maurice Corcos (2011) appelle « une approche descriptive et physicaliste de la pathologie mentale » et réfute l’hypothèse d’une logique sensée aux consommations de drogue. Depuis la fin des années 80, cette perspective s’est cristallisée autour des travaux américains du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et de sa logique statistique et normative de diagnostic.

Le second grand courant s’est construit au cœur des sciences humaines et sociales. Il croise notamment les travaux en anthropologie, en sociologie et en psychopathologie. Son épistémologie est celle de l’approche compréhensive, telle que nous l’avons précédemment définie, des usages de drogues (dont les médicaments) du point de vue des pratiques et des effets recherchés par les consommateurs. C’est l’usage (comme expérience) et son sens pour le consommateur qui forment l’objet d’étude central.

L’existence de ces deux grands courants produit deux définitions bien distinctes, et complémentaires, des usages de produits psychotropes : les usages définis au regard d’absence/présence de troubles et les usages définis du point de vue de leur sens et de leurs effets.

3.2.1.1 L’usage et le trouble de l’usage de drogue selon le DSM-5

Les notions conjointes d’usage et de trouble de l’usage de drogue renvoient aux catégories médicales de conduites de consommation actualisées en 2013 par la dernière version du DSM : le DSM-5 (Aubin et coll., 2013). Dans ce manuel, le terme « d'usage » définit la consommation de psychotrope comme la résultante d'interactions entre « un individu, un ou des produits, dans un environnement donné ». L’usage est une consommation socialement admise où le risque est considéré comme acceptable pour l'individu et la société,

indépendamment du type de produit consommé, et de leurs facteurs contributifs. Il est défini par rapport au risque de dérive, comme absence de trouble et non comme expérience et rencontre (Morel et coll. 2015).

Selon le DSM-5, les troubles de l'usage apparaissent dès que la consommation, ou ses effets, n'est plus acceptable, par l'individu et/ou la société. Les différents troubles des conduites de consommation peuvent être classées sur un continuum partant de l'« usage » jusqu'aux différentes formes pathologiques. Il s'agit alors d'évaluer leur sévérité et leur gravité. Cette catégorisation est généralisée à toutes les substances psychoactives. L'observation permet de constater pour un sujet donné la possibilité au cours de sa vie de rester dans l'usage ou de développer des troubles plus ou moins sévères de l'usage (Aubin et coll., 2013). Cette dynamique, dont les ressorts sont encore mal établis, impose de procéder à une évaluation régulière chez les consommateurs. Il est à souligner que, dans cette perspective médicale, l'évaluation des troubles se construit principalement du point de vue des soignants. Le DSM-5 décrit l'usage du point de vue de ce qui est acceptable pour l'individu et la société, il ne pose pas la question du sens de l'expérience pour le consommateur (Morel et coll. 2015), pas plus qu'il n'interroge le sens des normes qu'il propose. Maurice Corcos (2011) décrit cette perspective comme le reflet d'un

> « *processus de rationalisation à l'œuvre dans les sociétés occidentales, qui a trouvé un terrain de choix avec la folie qu'elle confond avec le désordre et la violence* » (p.17).

Comme l'y invite le travail critique de Laurence Cornu (2009) sur « l'empire des normes » (d'éducation, de santé, de communication, etc.) il s'agirait de s'interroger aussi sur le fait que

> « *Toute norme appelle ainsi l'examen de son régime de rationalité, de valorisation et d'imposition. (...) Le régime de légitimation est celui d'une rationalité scientifique-technique, supposé neutre, indépendante de toute valorisation.* » (p.32).

Le pragmatisme du DSM-5 est porteur d'idéologie autant que de science. Nous discuterons cette idée dans la suite de notre travail.

3.2.1.2 L'usage de drogue selon l'approche compréhensive

Les sciences humaines et sociales complexifient l'univocité de la perspective usages/troubles de l'usage proposée par le DSM-5. Elles montrent l'hétérogénéité des

pratiques et l'intérêt de penser les drogues pour ce qu'elles ont toujours été : des pharmakons pouvant être utiles et dangereux autant aux individus qu'aux sociétés (Morel et coll. 2015).

Pour caractériser un usage de drogue, la perspective compréhensive tient moins compte des caractéristiques pharmacologiques du produit que de la motivation à le consommer, de ses modalités de prescription, d'utilisation et d'interprétation, et des activités de consommation. Pour le sociologue Alain Ehrenberg (1991), par leurs actions sur les perceptions du corps et les interactions avec les autres et avec le monde, les psychotropes « fabriquent de l'expérience ». Et du point de vue de l'expérience individuelle, les usages de produits psychoactifs sont généralement davantage liés à la notion de bien-être qu'à celle de risque ou de trouble (Hautefeuille, 2009 ; Taieb, 2011). Contrairement au DSM-5, c'est ici l'expérience, complexe, ambivalente et multifonctionnelle, qui est centrale, pas le trouble.

3.2.2 Les effets et les fonctions des psychotropes

3.2.2.1 Les effets de base

Nous l'avons vu, dans toutes les sociétés et toutes les époques, les femmes et les hommes recourent aux drogues (alcool, tabac, médicaments ou coca, etc., en fonction des cultures), parce qu'ils en tirent de nombreux effets bénéfiques (émotionnels, cognitifs, physiques, sociaux, politiques, etc.). Connaître les pouvoirs pharmacologiques des alcaloïdes est une clef de connaissance et de compréhension de leurs utilisations. Dans le cadre de la médecine moderne, la caractérisation de ces effets (par définition complexes et mouvants) a d'abord été pensée du côté des produits, dans une approche strictement biomédicale. Ce n'est que plus récemment que les effets pharmacochimiques ont été d'avantage définis du côté du sujet consommateur, avec l'appui des sciences humaines et sociales. Parmi les différentes catégorisations des effets des substances psychoactives, existantes, nous retenons ici les deux classements de référence qui nous semblent les plus intéressants pour la suite de nos travaux : celui de Jean Delay et Pierre Denicker, le plus ancien mais aussi, d'après Morel et coll. (2015), celui qui « reste la plus pertinente et la plus compréhensible » (p.30) et le plus enseigné en addictologie, et celui de Michel Reynaud, qui nous semble le plus opérant pour notre approche compréhensive.

En 1957, dans une approche pharmaco-clinique basée sur des critères biologiques et comportementaux observables, Delay et Denicker (dans Morel et coll. 2015, p.30), deux psychiatres français, proposent une classification des psychotropes selon leur activité majeure sur le système nerveux central :

1. Certains produits ont une action principalement sédative. Ils diminuent l'activité du système nerveux central. Ce sont des *dépresseurs*. C'est le cas de l'alcool, des opiacés (opium, morphine, héroïne), des tranquillisants (benzodiazépines et autres), des neuroleptiques et des anesthésiants.
2. D'autres substances augmentent l'activité du cerveau. Ce sont les *stimulants*. C'est le cas de la cocaïne et de ses dérivés, des amphétamines, des antidépresseurs, de la nicotine et de la caféine. Ces produits diminuent la sensation de faim et de fatigue et donnent l'impression d'un gain d'énergie et de capacités.
3. D'autres molécules perturbent principalement les fonctions perceptives du cerveau. Ce sont les *perturbateurs*. C'est le cas du cannabis et de ses dérivés, des hallucinogènes (du LSD aux champignons hallucinogènes).

Cette catégorisation associe étroitement un type d'action sur le système nerveux central par produit, et les clive. Elle donne au produit l'identité de son effet principal, observé statistiquement comme tel (dépresseur, stimulant ou perturbateur), pas celle du vécu réel. Cette identité masque l'ambivalence des produits, le fait que, pour une même molécule, les actions sont fluctuantes, étroitement liées à la dose, aux modalités d'usage (et aux interactions éventuelles avec d'autres substances) et aussi aux « expectations » des usagers (Boscher et Cerclé, 2004). Boscher et Cerclé (2004), chercheurs en psychologie sociale, montrent que, plus que les effets pharmacologiques, ce sont les besoins, les attentes et les croyances en ces effets (*les expectations)* qui guident les comportements, avant, pendant et sous l'effet des produits. Aujourd'hui le cas du cannabis est représentatif de l'écart entre son identité de « perturbateur » du système nerveux central, dans la catégorisation de Delay et Denicker, et dans les représentations (Beck et Peretti-Watel, 2011), et la multiplicité de ses effets tels que décrits dans les travaux en sciences humaines et sociales (Rosenzweig, 1998 ; Peele, 1998 ; Beck, 2010 ; TREND, 2010). Utilisée à la lettre sans interroger l'usager et la situation, l'identité donnée à un produit par cette typologie peut être erronée et produire des erreurs d'interprétation, préjudiciables pour la compréhension de la situation, et parfois pour le consommateur.

En 2002, Michel Reynaud, psychiatre et addictologue, mobilise les sciences humaines avec la neurobiologie, et déplace l'analyse du côté des effets observés et ressentis. Il propose une classification davantage centrée sur le vécu, complexe et variable, des usagers. Il repère cinq effets psycho-physiologiques liés aux drogues, les principales que nous avons présentées mais aussi les centaines d'autres molécules psychoactives disponibles en pharmacie, sur internet ou dans « la rue ». C'est cinq effets de base sont les suivants :

- L'euphorie
- L'excitation
- La sédation
- L'ivresse
- Les hallucinations

Dans cette typologie, Reynaud observe que plusieurs types d'effets, parfois antagonistes, peuvent être déclenchés par un même alcaloïde. Tout en ayant une action principale sur le cerveau, un produit peut agir de manière plurivoque, en fonction du consommateur, du contexte, de son association avec d'autres molécules, etc. L'alcool, par exemple, est réputé pour la multiplicité de ses effets (Fillaut et coll., 1999).

3.2.2.2 Les fonctions des consommations

La référence au pouvoir neurochimique ou à leurs conséquences neurophysiologiques ne suffit pas pour définir les consommations de produits psychotropes (Ehrenberg, 1991, 1995, 1998, 1999 ; Rosenzweig, 1998 ; Peele, 1983 ; Therrien, 2006). L'explication par les caractéristiques internes du consommateur ne le permet pas davantage (Morel et coll., 2015). Les usages de substances psychoactives dépendent pour une part essentielle du contenu des transactions opérées entre le sujet et son environnement. Corrélée aux effets physiologiques ressentis, toute consommation de drogue est initiée et entretenue par les croyances et attentes que les sujets ont vis-à-vis de chacune de ces substances (Boscher et Cerclé, 2004). Qu'elle soit stimulante, sédative, euphorisante, hallucinogène, les individus consomment chaque molécule psychotrope pour les bénéfices qu'elles leur apportent. Quelle que soit la nature du produit, les effets ressentis et attendus sont toujours à l'origine des consommations et des fonctions individuelles et sociales évolutives qu'elles prennent (Bergeron, 1996 ; Nahoum-

Grappe, 2010 ; Hautefeuille, 2008a, 2009). L'histoire des drogues, telle que présentée précédemment, montre la permanence et la récurrence de leur utilisation. Elle montre aussi combien elles sont liées à leur polyvalence. Dans une perspective clinique, Reynaud (2002) montre qu'elles sont aussi liées à la variété, et aux plus-values, de leurs fonctionnalités. Il observe que, dans toutes les sociétés, les femmes et les hommes consomment des psychotropes pour :

- Favoriser la communication : utilisation des effets anxiolytiques, désinhibants, antidépresseurs.
- Soulager, oublier, les souffrances (physiques ou psychiques) : utilisation des effets antalgiques, sédatifs, anesthésiants, anxiolytique.
- Soutenir leur énergie : utilisation des effets antidépresseurs, excitants, euphorisants.
- Stimuler leurs perceptions : utilisation des effets excitants, hallucinatoires, euphorisants.
- S'adapter à un environnement : utilisation des effets anxiolytiques, excitants, désinhibants, antalgiques.
- Se détendre : utilisation des effets anxiolytiques, sédatifs, euphorisants.
- Éviter les syndromes de manque (en cas de dépendance physique).

Dans ses travaux, Reynaud (2002) montre aussi que les fonctions répertoriées peuvent être poursuivies en différentes situations et parfois aussi, simultanément. Cette typologie illustre aussi combien les usages de psychotropes ne sont pas tous culturels, festifs ou conviviaux. Nombre de leurs fonctions traduisent l'effort des sujets pour faire face à des tensions psychologiques, physiques ou sociales (soulager, soutenir, se détendre, éviter le manque). Ce constat rejoint les observations conduites en anthropologie et en sociologie, qui soulignent la polyfonctionnalité des drogues et leurs valeurs ressources tant pour les individus que pour les groupes sociaux. En toute société et toute époque, les drogues ont toujours rempli trois fonctions globales, différenciées et complémentaires : une fonction rituelle (spirituelle et sociale), une fonction thérapeutique, et une fonction hédonique.

3.2.3 Usage multiple mais toujours social et fonctionnel

3.2.3.1 L'usage de psychotropes comme pratique psychosociale

Historiquement, quelles que soient ses fonctions, le recours aux psychotropes s'organisait sous forme de pratiques sociales encadrées, construites entre prescriptions et apprentissages sociaux, jalons temporels et interdits (Rosenzweig, 1998 ; Nahoum-Grappe, 2010 ; Becker, 1985). Aujourd'hui, les drogues conservent leurs fonctions, rituelle (plus sociale que religieuse), thérapeutique et hédonique, mais leurs consommations se sont transformées de manière critique (Couteron dans Morel et coll. 2015, p.13). Loin d'améliorer les régulations sociales, l'alliance entre la pharmacochimie moderne, la logique industrielle, le capitalisme financier (licite ou mafieux) et le développement de l'individualisme a complexifié la problématique du recours aux substances psychoactives. Les pratiques restent inscrites dans des groupes culturels et sociaux mais plus segmentés, parfois cachés ou illégaux, et avec des produits plus puissants, des fonctions beaucoup plus individualisées, plus articulées au cycle hebdomadaire travail/repos (Couteron dans Morel et coll., 2015, p.14). Encouragées par la rationalisation des conduites humaines, de nouvelles configurations de la pathologie et de la souffrance psychique (Kaës, 2012) et par un marketing ciblé, les polyconsommations de produits spécialisés se substituent à la polyvalence des drogues naturelles et l'automédication se substitue à la vitalité des rapports sociaux (Melmann, 2005 ; Bauman, 2006 ; Kaës, 2012). Pour René Kaës (2012)

> « *La manière dont les différents ordres de la réalité : politique, économique, social, culturel, juridique, s'organisent et se disloquent, affecte la vie psychique elle-même, des sujets et des groupes sociaux.* » (p.30).

Les normes contemporaines de l'autonomie, de la vitesse et de l'excès, notamment, contribuent au développement d'une dynamique de recours aux psychotropes qu'Ehrenberg appelle la « technologie de soi » (1991). L'industrie pharmacochimique produit des médicaments psychotropes comme instruments chimiques banalisés pour tous les individus et les activités humaines : sensorielles, cognitives, émotionnelles, physiques, sociales, spirituelles, etc. (Zarifian, 1996a, 1996b ; Hautefeuille, 2008a et 2009 ; Saint-Onge, 2005 ; Saint-Germain, 2005). Pour Kaës (2012), cette transformation technologique, parmi d'autres mutations du soi, signerait un changement de paradigme de l'humanité.

> « *Nous sommes en train de vivre un ébranlement qui atteint plus radicalement notre possibilité d'être au monde avec les autres et notre capacité d'exister pour notre*

propre fin ; cet ébranlement interroge les dimensions écologiques et anthropologiques de ces mutations. L'être défaille avec ce qui le soutient » (p.).

Aux côtés des ses propres constats, et de ceux d'Ehrenberg, Kaës cite aussi Zalztman qui affirme que désormais « Notre époque doit penser l'inclusion de l'inhumain dans l'humain » (Zalztman, 2007 dans Kaës, 2012).

Au cœur de ces évolutions, comme dans l'histoire, le recours à l'alcool, au tabac, aux médicaments, etc., demeure une pratique complexe basée sur des représentations sociales, des fonctions pour l'usager, des satisfactions dans une situation donnée, le regard qu'autrui porte sur lui (sur ses consommations et non-consommations, sur son attitude sous l'effet des produits) et du système de pouvoir et de domination dans lequel il est pris (Becker, 1985). Pour Sylvie Fainzang, au sujet des usages de médicaments psychotropes, par exemple, « La particularité des représentations des médicaments psychotropes fait que leurs usages est très souvent dissimulé, bien plus encore que pour les autres types de médicaments » (Fainzang, 2001). Cette complexité, partagée pour l'ensemble des drogues, entraîne une grande variabilité des usages, pour un même individu et entre les individus. Mais des travaux en sociologie et en psychologie, montrent que cette variabilité n'est dénuée ni de sens, ni d'intelligibilité. Toute utilisation de psychotrope, quand elle est qualifiée du point de vue des usagers et de la situation, apparaît comme se distribuant sur une série de pratiques types, en fonction de ses modalités (culturelles, sociales, techniques, etc.) et de ses finalités.

3.3.3.2 L'usage de psychotropes comme pratique fonctionnelle

En 1995, le sociologue Alain Ehrenberg propose de retenir trois types de pratique qui peuvent s'investir avec n'importe quelle substance psychoactive (licite et illicite) (Ehrenberg, 1995) :

- Le trou noir (le shoot)
- La sociabilité
- Le dopage (un joint avant l'école, un « fix » avant le travail)

L'intérêt du travail d'Ehrenberg est de synthétiser la largeur de champ, parfois la radicalité (le « trou noir »), des utilisations et du sens des substances psychoactives. Associée à cette catégorisation, l'analyse d'Ehrenberg montre que, du point de vue de la santé, de la satisfaction subjective, de l'insertion et de la reconnaissance sociale, etc., aucun de ces trois

types d'usages n'a, en soi, plus de sens qu'un autre. Tout dépend du contexte. Leurs intérêts sont plurivoques (en fonction de qui évalue, selon quels critères, dans quel contexte, etc.). Le dopage par exemple, peut être entendu comme une pratique interdite et immorale (du point de vue des règles internationales du sport) ou comme une pratique d'adaptation et de fiabilité, une pratique d'optimisation des capacités et des résultats, etc. Pour Alain Ehrenberg, comme pour d'autres chercheurs et cliniciens, les valeurs réelles de ces pratiques sociales doivent se comprendre en situation. Elles se nourrissent du sens donné par les sujets et l'entourage (sens parfois en tension).

En complément des travaux d'Ehrenberg, nous retenons aussi la typologie des utilisations de psychotropes en lien avec les activités sportives, proposée par le sociologue Sylvain Aquatias (2003). Même si elle est construite du point de vue du sport et des sportifs, cette classification complète celle d'Ehrenberg. Elle déplie et caractérise plus finement ses catégories : le dopage, mais aussi la sociabilité et le trou noir. L'intérêt des travaux d'Aquatias, généralisables à toutes situations, est d'étudier la relation entre le (s) produit (s) psychoactif (s) utilisé (s), les effets recherchés et la situation vécue et les tensions qui leur sont inhérentes. Sur cette perspective, il définit quatre catégories d'usage (2003) :

- Le confort
- La résistance
- La performance
- L'addiction

Comme Ehrenberg, Aquatias, insiste sur le fait que la rationalisation est essentielle dans la compréhension du recours à la pharmacochimie, en lien ici avec le travail sportif (amateur ou professionnel). Il montre que les fonctions des psychotropes (se soulager, se soutenir, se détendre, éviter le manque) (Reynaud, 2002) peuvent être instrumentalisées dans une démarche rationnelle et responsable (confort, résistance, performance), tout en étant qualifiée de déviance (le dopage, l'addiction). Christophe Brissonneau et Karine Bui-Xuan-Picchedda (2005), respectivement sociologue et psychologue, développent cette rationalité en montrant que l'initiation et l'acceptation du dopage sportif s'effectuent dans « une double logique de justifications et d'action » (Brissonneau et Bui-Xuan-Picchedda, 2005, p.61). Dans cette recherche, les sportifs rencontrés rationalisent leurs consommations de psychotropes, licites et illicites, en expliquant qu'ils n'ont pas d'autre solution et qu'ils font leurs choix

« *Je suis comme tout le monde : à la fin du mois il faut que je fasse bouillir la marmite, hein. Alors j'ai fixé mes limites. J'ai dit : ça non, ça oui, ça non, ça oui.* » (Brissonneau et Bui-Xuan-Picchedda, 2005, p.65).

Dans les deux recherches (Aquatias et Brissonneau et Bui-Xuan-Picchedda), il est important de repérer que les usages de drogues, et les rationalisations qu'ils mobilisent, sont des dynamiques individuelles et sociales. Le dopage, au sens légal, est défini comme la survenue d'une ou plusieurs violations de la règle antidopage (Kayser, 2010). Il s'agit d'un acte délictueux, juridiquement pensé en terme d'activité et de responsabilité individuelles. Le développement du dopage sportif professionnel, l'innovation continue des produits et des stratégies collectives du secret et du masquage, interroge autant la rationalité individuelle que les conditions sociales, organisationnelles et économiques qui déclenchent la déviance individuelle et la prolongent (Karl-Heinrich et al, 2005). Nous reviendrons sur cette dynamique et son essor dans le monde professionnel « classique » dans notre étude et notre discussion.

3.3 Les liens entre le travail et les usages de psychotropes

En 2012, Negura, Maranda et Genest proposent une typologie des modèles de construction des connaissances et des pratiques sur les liens entre les usages de substances psychoactives et le travail. Ils répertorient quatre modèles de problématisation. Ces modèles mobilisent, conjointement, des connaissances et des représentations sur les drogues, et les logiques et les jeux d'imputation causale classiquement rencontrés à propos du rapport santé-travail :

1. Une première perspective, la plus courante, d'ordre biomédical et psychologique, place l'individu au centre du problème. Les hypothèses des recherches portent sur l'étude de l'« individu problème ».
2. Une deuxième perspective, d'inspiration psychosociale et multifactorielle, interroge la question de l'adéquation entre les exigences du travail et celles de l'homme. Les hypothèses des recherches portent sur l'étude du couple « individu-travail problème ».
3. Une troisième perspective, sociologique, s'intéresse aux caractéristiques du travail associé à l'émergence ou à l'aggravation de la consommation de SPA. Les hypothèses des recherches portent sur l'étude du « travail-problème ».

4. Une quatrième perspective, anthropologique et culturelle, s'intéresse aux relations dynamiques entre le travail et la construction d'une culture de consommation de psychotropes en lien avec le travail. Les hypothèses des recherches portent sur l'étude du couple « culture-produit-problème ».

Ces quatre modèles de problématisation sont principalement organisés dans une logique causaliste multifactorielle. Leurs conclusions sont modélisées sous forme de classes de facteurs et de conduites, présentées ci-après.

Les typologies des facteurs professionnels des usages de psychotropes

Negura, Maranda et Genest (2012) répertorient trois principaux facteurs de recours aux substances psychoactives en lien avec le travail :

- L'accessibilité des substances (Trice et Sonnensthul, 1990)
- La culture professionnelle (Ames et Grube, 1999)
- L'aliénation (Ames et Janes 1992)

Lutz et Cleren (2013), dans les « Recommandations pour la pratique clinique des médecins du travail », proposent une typologie plus détaillée qui retient six classes de facteurs professionnels susceptibles d'initier, de favoriser ou de renforcer des usages de psychotropes :

- Tensions psychiques
- Tensions physiques
- Pratiques culturelles et socialisantes
- Précarité professionnelle
- Disponibilité et offre des produits liées au milieu professionnel
- Pauvreté des liaisons sociales

Penneau-Fontbonne, Dano et Ernoul (2008), ont proposé d'organiser les usages de psychotropes en milieux professionnels, en trois catégories :

- Les consommations d'importation (usages de la vie privée vers la vie professionnelle)
- Les consommations d'acquisition (usages développés dans la vie professionnelle)
- Les consommations de renforcement (usages de la vie privée renforcés par la vie professionnelle)

Lutz et Cleren (2013), dans les « Recommandations pour la pratique clinique des médecins du travail » (Société française d'alcoologie), proposent une typologie de quatre classes d'usage professionnel de psychotropes :

- Les usages culturels et socialisants
- Les conduites dopantes
- Les stratégies individuelles et collectives de défense
- Les usages avec dépendance

Ces typologies montrent l'existence d'approches qui donnent davantage de place au travail et aux usagers, complexifient l'analyse de la question drogues et travail, et éclairent les dynamiques à l'œuvre. Mais ces différentes catégories appartiennent au même cadre, celui des drogues au travail comme problème (individuel, culturel, juridique, sanitaire ou social) et celui d'une analyse de type comportemental, basée sur une segmentation des temps travail VS hors travail. Ils laissent généralement la question des activités, de la santé et de leurs interrelations continues, en dehors de leur perspective. Nous discuterons leurs usages et leur prolongement possible dans notre troisième grande partie.

Tout au long de notre recherche, nous parlerons de l'utilisation de substances psychoactives, sous les vocables de consommation ou d'usage. Ce sont bien les concepts qui appartiennent à notre cadre théorique compréhensive et clinique. Les termes d'addictions, de pratiques addictives, de troubles de l'usage et de dépendance, seront étudiés dans notre seconde partie et ne seront mobilisés que comme des concepts porteurs de la perspective théorique de leur discipline d'origine, addictologie, droit, psychiatrie, etc.

Conclusion

Comme les vocables de travail et de santé, la drogue cache une réalité humaine complexe. Cette notion n'est pas comprise et utilisée de la même manière suivant les lieux, les époques, les acteurs sociaux et les approches scientifiques. Pour en saisir la trajectoire, les diverses composantes (acteurs, actions, fonctions, enjeux) et leurs interrelations dans notre société et pour l'individu, l'association de différentes ouvertures scientifiques s'avère indispensable. Comprendre la consommation et la régulation des psychotropes comme des pratiques sociales et des activités subjectives (au sens de soi avec l'Autre en soi) est d'autant plus crucial que la dynamique globale est en pleine mutation : échec déclaré de la « guerre

internationale à la drogue », transformation des produits, des interdits juridiques et sociaux, des prescriptions, des effets recherchés, du sens, etc. L'évolution des usages met en évidence une relation préoccupante entre un appauvrissement du sens collectif des substances psychoactives (Couteron, 2015) et l'augmentation des tensions qui traversent la société et les sujets. Les exigences sociales de santé et de réussite personnelle mettent les sujets et les drogues au cœur d'un système d'objectifs et de tensions, et de régulation individuelle, sans précédent (Ehrenberg, Castel, Kaës).

Malheureusement, sous l'influence de l'addictologie médicale, des lobbyings et des politiques publiques, notre système de valeurs vis-à-vis des psychotropes se réfère peu à leur histoire, à leur portée sociale ou même à la santé réelle. Il se réfère aux comportements individuels et aux normes morales, biomédicales et juridiques (l'absence de troubles, l'autonomie et l'adaptabilité individuelles, les savoirs médicaux) et passe sous silence toutes les composantes collectives :

- l'ambivalence de l'économie florissante des substances psychoactives,
- l'augmentation globale des usages et de la prescription médicale
- l'augmentation globale de la concentration des principes actifs pour tous les produits : caféine, éthanol, THC, cocaïne, antalgiques niveau 2 et 3, etc. et donc des doses
- l'augmentation globale des dommages,
- l'augmentation globale de la dérégulation sociale et d'un dénuement sociétal face à ces phénomènes (échec déclaré des grandes politiques nationales et internationales).

Dans cette logique globale, le constat de la domination des approches individualisantes des consommations de drogues sur toute autre est valable aussi au travail. Nous verrons que les travaux épidémiologiques parlent des salariés mais évoquent rarement l'action, les objectifs et les moyens alloués à la conduite de leurs tâches.

Face à l'ampleur du désastre (la conduite et la perte de deux guerres mondiales : l'une contre les drogues et l'autre contre le dopage sportif) 2017 pourrait marquer la remise en question scientifique et politique des paradigmes contemporains ; le retour à l'échelle de l'histoire d'une approche plus « humaine et sociale » de la société contemporaine et de ses excès, le développement de la connaissance du sens des drogues et des actions de santé associées. Mais les perspectives dominantes, le paradigme de la réussite individuelle, du travail et de l'énergie sans limite et celui de l'addictologie, semblent difficiles à transformer.

Seconde partie :

L’étude

Chapitre 1. Méthodologie et terrains d'étude

1.1 La problématique de l'étude

1.1.1 Enjeux et objectifs

1.1.1.1 Les enjeux

Enjeux du coté du travail

Les discours et les préconisations des pouvoirs publics et des services de santé dramatisent les usages de psychotropes et stigmatisent certains produits (alcool et drogues vs. médicaments psychotropes) et certains consommateurs (les jeunes, les salariés vs. les employeurs, les cadres). Ils font généralement l'impasse sur le versant « remède » des pharmakons (licites et illicites) et les fonctions qu'ils occupent dans l'économie interne des consommateurs, dans leurs activités de travail et dans la productivité et la rentabilité des systèmes de production. Parallèlement, nous avons aussi vu que cette production de méconnaissance voire d'ignorance (Henry, 2011 ; Henry, Jouzel, Crespin, 2008 ; Jouzel, Dedieu, 2013), s'inscrit dans un mouvement plus profond : celui de la production de « masques » (Gollac, Volkoff, 2006 ;) qui brouillent la perception des liens entre santé et travail et contribuent souvent au maintien des situations anxiogènes et délétères et celui de la médicalisation des usages de drogues dans « les addictions » qui brouille tout autant la perception des liens entre santé, travail et psychotropes.

Nous pensons que les deux réalités, travail et usage de drogues, ne s'excluent pas mais se combinent. Plutôt que de chercher à cloisonner les psychotropes dans l'une ou l'autre sphère, il nous paraît pertinent d'en interroger la complexité en analysant l'ambiguïté de leur sens, de leurs fonctions, de leurs effets (remèdes et poisons) et des systèmes d'activités dans lesquels ils s'inscrivent. Le sens de la mission des services de santé au travail et de l'obligation de santé, de sécurité et de résultats de la part de l'employeur impose d'analyser le travail et ses interrelations avec la santé des individus, dont les consommations de substances psychoactives, et ce quelles que soient les composantes personnelles du recours aux

psychotropes. Le champ des usages, de leur sens et de leurs effets recherchés par les professionnels doit être investiguer. Il s'agit ici d'étudier les connaissances et les pratiques associées, du point de vue de notre cadre théorique, pour bien en comprendre les tenants et les aboutissants pour le travail réel et la santé. C'est ce que nous proposons de faire aussi dans notre recherche.

Enjeux du coté de la prévention

En octobre 2013, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale alerte sur le manque d'efficacité des politiques publiques sur la question « addictions et travail »

> « *Sortir de l'irresponsabilité collective entourant aujourd'hui le problème des addictions pendant le travail, tel est l'objectif du présent avis. Après avoir mené de nombreuses auditions, votre rapporteur pour avis ne peut, en effet, que constater que celui-ci demeure encore un tabou dans les entreprises, bien que les questions de santé au travail aient émergé dans le débat public.* » (Vercamer - Commission des affaires sociales, 2013).

Face à l'impasse de l'action publique et à une forme d'« irresponsabilité collective » constatée dans les entreprises, nous pensons qu'il est nécessaire d'engager un travail de réflexivité sur les démarches de prévention telles qu'elles s'élaborent et se déroulent et sur tout ce qui résiste aux pratiques et aux visées de ces actions, du coté des sujets et des organisations du travail. Comprendre les interrelations entre le travail, les usages de psychotropes et la prévention devrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité des politiques publiques.

Les travaux qui s'intéressent aux consommations de psychotropes dans une approche compréhensive constatent que, pour répondre aux défis 1) de la diminution du recours aux pharmakons en population générale et 2) de la prévention en milieu professionnel, ce sont conjointement les questions de l'usage, du travail et de la prévention qui doivent être reconfigurées (Maranda et coll.). Il nous paraît convenable de rompre avec les modèles réductionnistes : la réduction de l'usage au produit consommé, au sujet-consommateur et à l'idée de problème ; la réduction de l'activité de travail à ses conditions internes (aptitudes, personnalité, de style cognitif, psychoaffectif, etc., des travailleurs), la réduction de l'activité à ses conditions externes (objectifs assignés, prescriptions, modes de management, etc.), la réduction de la santé au travail au respect des normes médico juridiques, la réduction de la prévention des risques à l'exécution des prescriptions pensées par d'autres. Sortir de ces réductions implique de se décaler vers de nouvelles perspectives et d'étudier :

- le travailleur consommateur de drogues comme le sujet de son travail et de ses usages, et a priori responsable,
- les consommations de psychotropes comme des activités et des situations complexes plus que comme des problèmes,
- le travail réel, le travail prescrit, leurs rapports et leur conséquence
- les ressources, les contraintes de l'organisation et leurs rapports,
- la prévention réelle, la prévention prescrite, leurs rapports et leurs conséquences

1.1.1.2 Objectifs et caractère novateur de l'étude

Notre étude s'inscrit dans le prolongement des travaux déjà entrepris sur l'usage de drogues et les actions de prévention en milieu professionnel. Elle se propose, dans un premier temps, d'établir un état des lieux critique de la recherche et de l'action institutionnelle. Il aura vocation à nous permettre de comprendre les connaissances actuelles, leurs modalités d'applications dans les entreprises et les services de santé au travail et leurs conséquences pour le travail et la santé. Dans un second temps, nous chercherons à compléter ces connaissances et ces pratiques en éclairant certains de leurs angles morts. Il ne s'agit plus de comprendre comment repérer des usages à risque de psychotropes afin de les éviter, mais de décrire les consommations du point de vue des acteurs, d'en comprendre les bénéfices recherchés et leurs conséquences multiples sur dans le travail et la santé et de transformer leurs composantes professionnelles. Cette dynamique rejoint ce qu'il est commun d'appeler la « prévention primaire » et mobilise la centralité du sujet dans le travail plébiscitée par la loi trop peu effective dans les entreprises. Aujourd'hui, il nous semble important d'étudier le continuum « travail, usage de psychotropes, prévention » dans une perspective compréhensive et clinique et de tester l'apport de ces approches en complément, ou à la place, des pratiques actuelles de prévention des conduites addictives en milieu professionnel et de soin aux travailleurs consommateurs de pharmakons. Notre étude se propose de contribuer à ces connaissances et au rayonnement de la clinique du travail dans le champ « travail et psychotropes », dans l'intérêt de la recherche et dans l'intérêt de l'innovation en prévention de l'usage de drogues, c'est-à-dire, selon Schumpeter, l'introduction d'un nouveau paradigme dans le milieu social, nouveau pour ce milieu (Schumpeter dans Vian et Hoffman, 2010).

En complément des cadres théoriques réductionnistes et « disjonctifs » dominants, et dans la mesure où nos travaux montreraient des transformations bénéfiques pour la

connaissance et l'action, l'innovation pourrait consister à introduire conjointement, les paradigmes de l'activité, de l'usage et de la clinique, appliqués au travail et aux consommations de drogue, dans les pratiques des décideurs et des opérateurs, du soin en addictologie, de la prévention et de la recherche.

1.1.2 Hypothèses et axes d'investigation

1.1.2.1 Les hypothèses

Nous cherchons à documenter et à comprendre les interrelations « travail, usage de psychotropes et prévention ». A partir de nos concepts (l'activité, la subjectivité, la préservation et la reconnaissance de soi, le rapport ressources/contraintes du travail, la souffrance, la régulation et les stratégies de santé, le pharmakon, l'usage) et des enjeux et objectifs que nous venons d'identifier, nous problématisons notre étude autour de cinq grandes hypothèses.

Première hypothèse : L'usage de psychotropes est un système d'activités à vocation fonctionnelle. Il peut s'inscrire dans des processus individuels et collectifs (conscients ou non) de préservation et de reconnaissance de soi et de son travail. Il assure une forme de régulation des tensions entre les différentes exigences auxquelles les opérateurs et les encadrants sont confrontées : exigences de production, mais aussi d'efficience, de santé, de sociabilité, d'appartenance et des formes de compensation face au manque de ressources collectives disponibles (sociales, organisationnelles ou techniques). Les arbitrages, individuels et/ou collectifs entre les buts visés dans les activités professionnelles, peuvent conduire à des pratiques apparemment paradoxales : des usages de psychotropes pour protéger sa santé (fonction anxiolytique), pour soutenir les exigences et le rythme de travail (fonction stimulante ou anesthésiante de la peur dans les situations anxiogènes par exemple), etc. L'usage pourrait être appréhendé comme une action (elle-même régulée) de régulation entre différents types de risques au travail, pour les sujets et pour la qualité de leur travail.

Deuxième hypothèse : Les caractéristiques du travail contemporain et les tensions associées jouent un rôle dans les usages de drogues des professionnels. Les activités sont aujourd'hui prises dans un système de normes totales qui rigidifie la régulation du travail et de la santé, détruit les collectifs et poussent les opérateurs à retrouver des marges de manoeuvre du coté de leurs activités et de leurs ressources individuelles.

Troisième hypothèse : Pour comprendre la prévention de l'usage de drogues en entreprises telle qu'elle se déroule, il s'agit d'une part d'interroger les prescriptions, les guides de bonnes pratiques et les plans d'actions et, d'autre part et surtout, de quitter cette perspective pour s'intéresser aux activités réelles des acteurs de la prévention (internes ou externes à l'entreprise, dont les « addictologues d'entreprise ») et des travailleurs ciblés par ces activités de prévention. Nous nous intéresserons aux postures des uns et des autres, aux visées et aux effets de leurs actions sur leur travail, leur santé, leurs usages de psychotropes et la performance globale de l'entreprise.

Quatrième hypothèse : Pour agir sur les usages de psychotropes des travailleurs, il conviendrait de quitter l'analyse des conditions d'exposition et les a priori hygiénistes et moraux et d'opter pour une clinique du travail éclairant la construction subjective et sociale de l'activité de travail et de l'usage de drogues. Pour contribuer à l'innovation et à l'amélioration de la prévention, nous proposons de déplacer le centre de gravité de prévention 1) des acteurs officiels de la prévention (les médecins, les intervenants en prévention, les ingénieurs sécurité, etc.) vers les travailleurs et 2) de l'investigation de la pathologie et des dommages vers un dialogue sur le travail réel, la santé et leurs ressources. L'analyse porterait sur un questionnement plus que sur des prescriptions : comment font les sujets travaillant pour faire face aux contraintes de leurs taches, de leurs activités et de leur santé ? Leur consommation de substances psychoactives a-t-elle une place dans leur économie physique et psychique ? Engager tous les acteurs à s'interroger et à répondre à ces questions devrait permettre de trouver d'autres leviers pour prévenir les liens entre le travail et la consommation de psychotropes et, ce faisant, de réduire la probabilité d'apparition de la souffrance et des dommages (liés aux drogues et/ou liés au travail).

Cinquième hypothèse : Nous posons l'hypothèse que nos ressources théoriques et notre posture de chercheure (directement lié à notre cadre théorique) rendront le sujet des psychotropes moins tabou ou stigmatisant chez nos interlocuteurs et que le dialogue pourra

s'engager plus ouvertement qu'en situation classique de travail ou qu'en entretien médico-professionnel. Dans le cadre de notre méthodologie (tradition de la recherche-action et approche clinique des conduites humaines), nous proposons des conditions de confidentialité, de dialogue et de rapport au travail et à la subjectivité de nos interlocuteurs et de nous-même, qui transforment l'entretien de recherche en rencontre, une « alliance » de deux demandes et une élaboration collective. L'hypothèse corollaire est que nous trouverons des professionnels consommateurs de psychotropes et/ou acteurs de la prévention et de la santé au travail disposés à s'engager dans cette recherche, c'est-à-dire prêts à se dire, à raconter leurs multiples activités de travail et de consommations de drogues, licites ou illicites, leur rapport subjectif au travail et à la hiérarchie, leurs difficultés, leurs écarts aux règles, leurs ressources, etc. Et ils en sortiront transformés autant, et différemment, que nous-même et que notre recherche. Nous postulons par ailleurs que, grace aux interventions conduites depuis dix ans dans de nombreuses entreprises, des services de santé au travail et des structures spécialisées en prévention des addictions, nous trouverons dans notre réseau plusieurs organismes prêts à collaborer à notre recherche comme terrains d'étude.

1.1.2.2 Les axes d'investigation

A partir de ces hypothèses nous dégageons cinq axes d'investigation, cinq lignes directrices pour notre étude :

3.1 Premier axe : l'usage de drogues des travailleurs est un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi

Nous explorerons l'usage des psychotropes comme une action subjective et fonctionnelle, comme un système d'activités, d'expectations, de régulations et de visées, de fonctions et d'effets. Nous étudierons conjointement l'activité de travail des consommateurs, les rapports qu'ils entretiennent à celle-ci, à eux-mêmes et à leurs pharmakons. Nous chercherons dans quelles mesures ces activités de consommation et de travail interagissent entre elles et dans quels sens et avec quels autres acteurs.

- *Deuxième axe : Les caractéristiques et le rôle des organisations du travail dans la santé et l'usage de psychotropes des sujets-travaillants*

Nous étudierons les normes et les méthodes de travail et de management contemporains et leurs interrelations avec la santé des travailleurs et leurs usages de drogues. Nous serons attentifs aux liens entre type d'organisation du travail, notamment celles qui enjoignent à repousser toujours plus loin les limites de la fatigue, de la réussite et de la compétition, et rôle dans l'usage de psychotropes.

- *Troisième axe : le rôle des psychotropes dans l'activité de travail*

Nous chercherons dans quelle mesure ces produits transforment, enrichissent ou pénalisent l'activité de travail et quels sont leurs effets sur la santé des sujets-travaillants et sur la performance de l'entreprise.

- *Quatrième axe : la prévention réellement conduite par les entreprises*

Nous étudierons la prévention institutionnelle et réelle dans les situations de travail : les acteurs, les tâches prescrites, les activités réalisées et les activités empêchées, les critères d'évaluation, les effets de ces actions. Nous explorerons les écarts entre les discours officiels, les pratiques réelles et leurs effets sur les situations de travail des opérateurs et encadrants cibles, sur le travail des acteurs de la prévention eux-mêmes et sur les usages de psychotropes des personnes ciblées et des acteurs de la prévention eux-mêmes.

- *Cinquième axe : les fonctions et les intérêts de l'approche clinique sur l'activité et l'usage de psychotropes*

Nous étudierons les caractéristiques et les effets de l'approche clinique mobilisée dans notre recherche (dans une visée de connaissance et d'action) sur l'activité de travail et l'usage de drogues de nous-mêmes (chercheure) et de nos interlocuteurs (opérateurs, employeurs, préventeurs, médecins, etc.).

Ces hypothèses et ces axes d'investigation président à notre travail de « production de matériaux » (et donc d'arbitrage et de renormalisation continue de nos tâches) et, dans un second temps, à l'interprétation des données qui seront recueillies.

1.2 La méthodologie

Afin de conduire au mieux nos investigations, nous avons choisi d'inscrire notre étude dans un cadre qui croise deux méthodologies complémentaires : une revue de littérature et une recherche-action clinique.

La particularité de notre revue de littérature est de poursuivre deux grandes visées :

- Construire notre problème scientifique, nos hypothèses et notre cadre théorique (Première partie de notre recherche).
- Produire un état des lieux critique des concepts et des pratiques (et leurs relations) qui dominent le champ des publications scientifiques et institutionnelles (Deuxième partie de notre recherche) sans pour autant appartenir à notre cadre théorique.

Les résultats de chacune de ces deux analyses seront croisés et discutés entre eux et avec les données issues de notre terrain (dans la partie discussion).

1.2.1 La revue de littérature

Cette revue de littérature a été réalisée entre 2012 et 2016. Elle s'inscrit dans le prolongement de deux recherches documentaires antérieures. La première s'est organisée entre 2009 et 2012, dans le cadre de l'étude pour les « Recommandations pour la pratique clinique des médecins du travail », piloté par la SFA (Société française d'alcoologie) et la SNMT (Société nationale de médecine du travail) à laquelle nous participions. Nous avons constitué la seconde entre 2012 et 2014, dans le cadre de la recherche « Représentations, pratiques et effets des usages et du dépistage par test des consommations de substances psychoactives en milieu professionnel » (Prevdrog-pro) que nous avons présentée dans l'introduction générale de cette thèse (voir annexe 1). La revue de littérature présentée ici complète et resserre les travaux étudiés au cours des deux recherches documentaires antérieures autour de nos cinq axes d'investigation :

- L'usage de drogues des travailleurs comme un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi
- Les caractéristiques et le rôle des organisations du travail dans la santé et l'usage de psychotropes des sujets-travaillants
- Le rôle et les effets des psychotropes dans l'activité de travail

- La prévention conduite par les entreprises, l'activité des différents acteurs impliqués et leurs effets sur le travail et l'usage de drogues
- Les fonctions et les intérêts de l'approche clinique sur l'activité de travail et l'usage de psychotropes

Dans un premier temps, notre démarche générale a consisté à étudier l'ensemble des études et interventions, françaises et internationales, traitant directement ou indirectement de ces questions. Nous avons étudié les données épidémiologiques, pharmacologiques, biomédicales et juridiques, généralement utilisées dans les travaux des institutions de référence en santé et sécurité au travail (INRS, MILDECA, DGT, DGS) et nous avons cherché dans les travaux en sciences compréhensives (anthropologie, sociologie, ethnologie, psychologie du travail, ergonomie, psychosociologie et psychodynamique du travail) des éclairages sur la question des interrelations entre activités de travail, consommations de substances psychoactives et prévention.

Au cours de cette investigation systématique, nous avons constaté l'existence de deux types de production écrite : des articles et ouvrages académiques (écrits scientifiques) et des textes et rapports produits par le milieu institutionnel (État, organismes paritaires et grandes associations délégatrices de service publique). Dans une approche compréhensive, nous avons étudié chacun de ces deux corpus et les logiques de leur croisement et de leur articulation. Le premier est scientifique, le second est constitué de rapports institutionnels et de guides professionnels.

1.2.2.1 Étude des écrits scientifiques

Dans le cadre des Recommandations pour le pratique clinique des médecins du travail (Sfa-Snmt, 2014), un travail de recherche documentaire systématique a été réalisé dans les banques de données Medline, Cochrane, Toxline, Eric, Francis, PsyInfo, Psyarticles au cours du troisième trimestre 2009 (voir annexe 5). Ces banques de données ont été sélectionnées en fonction de leurs champs disciplinaires (approche bio psycho sociale) et du niveau du service apporté (nombre et qualité scientifique des revues et publications). La revue systématique a consisté à recenser tous les articles parus sur le rapport « conduites addictives-travail ». La sélection des articles a été réalisée par deux personnes différentes en deux étapes successives. Un premier tri effectué par chaque chercheur et ne retenant que les articles écrits en anglais,

français, allemand et espagnol a été suivi par la mise en commun des deux listes de données. Après avoir retiré les doublons, la liste finale comprenait 515 références. Nous les avions toutes étudiées à l'époque. Dans le cadre de notre thèse, nous avons retenu la synthèse des données épidémiologiques que le groupe de travail, auquel nous participions, avait fait. Parallèlement à cette sélection, nous avons conduit nous-même une recherche bibliographique dans les sites nationaux de santé publique : HAS, INSERM, OFDT et INPES et dans les bases de données ouvertes aux ergodisciplines et aux sciences humaines et sociales : Cairn, Erudit, HAL et dans les revues spécialisées en ligne : Activités, Pistes ; et dans Google et Google Scholar. Nous avons étudié plus de 700 articles et ouvrages scientifiques.

L'analyse des écrits de ce premier corpus « scientifique » montre qu'ils sont issus des deux grands courants de recherche qui s'intéressent aux liens entre fonctionnement mental, santé et travail. Le premier, de tradition anglo-saxonne, mobilise des approches cognitivo-comportementalistes et des études sur le stress et tente d'expliquer, par les mécanismes psycho-neuro-physiologiques, ce qu'il qualifie de « troubles de l'adaptation au travail » et leur impact sur la santé. Un second, de tradition française, héritière d'une psychiatrie humaniste, de la psychanalyse et de la phénoménologie (Billiard, 2011), est celui des ergodisciplines qui revendiquent une approche compréhensive du rapport au travail et de l'activité. Il constitue au sens strict le champ historique de la psychopathologie et plus récemment de la psychodynamique du travail, de la clinique de l'activité et de la psychosociologie clinique du travail (Molinier et Flottes 2012). Cette tradition constitue notre cadre théorique.

Au sujet, plus précis, des interrelations entre le travail et les usages de drogues, ces deux grands courants de recherche ont produit deux mises en perspectives complémentaires : 1) Les travaux qui s'intéressent aux facteurs de consommation externes au travail ; 2) Les travaux qui cherchent les facteurs de consommation internes au travail et qui produisent des connaissances sur les cultures, les stratégies de défense et les mécanismes de contrôle social (Dejours et Burlot 1985 ; Dejours, 1980, 2000 ; Karam, 2011, 2016) et sur le stress et les contraintes professionnelles (Bruchon-schweitzer et Quintard, 2001 ; Cohorte Gazel EDF GDF; Ngoundo-Mbongue et coll., 2005 ; Boeuf-Cazou et coll. 2011).

1.2.2.2 Étude des synthèses techniques, rapports et guides professionnels

Le second corpus de notre revue de littératures est constitué de synthèses techniques, de rapports institutionnels et de guides professionnels largement diffusés par les institutions de santé, internationales (OIT, 1996 ; Groupe Pompidou, 2012), nationales et régionales (ARS de Haute-Normandie/MILDT 2010 ; DGT. CIRCULAIRE 2008/22 du 19 novembre 2008 ; DRTEFP des Pays de la Loire, 2008 ; MILDT/DGT, 2010 ; INRS 2013 ; MILDT/Association des maires de France/Ministère de la Ville, 2011). En France, les grandes institutions engagées dans l'écriture de rapports et de guides portant sur la question « Usages de drogues (ou addiction) et travail » sont : la MILDECA (Mission interministérielles de lutte contre les drogues et les conduites addictives, ex MILDT), l'INRS (Institut nationale de recherche en sécurité), l'ISTN (l'Institut de santé au travail du Nord de la France), l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'OPPBTP (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics) et la DGT (Direction générale du travail). A ces travaux nous ajouteront l'analyse des publications de plusieurs autres organisations institutionnelles de référence sur ces questions : le Groupe Pompidou pour l'Europe, la Fondation Addiction Suisse pour la Suisse (anciennement SFA-ISPA), le CPLT (Comité permanent de lutte à la toxicomanie) pour le Québec et l'OIT/BIT pour l'international. Le plus souvent, ces écrits sont produits en référence aux travaux scientifiques qui s'intéressent aux facteurs de consommation externes au travail. Ces documents sont les plus disponibles et les plus utilisés par les politiques publiques, les entreprises et les acteurs spécialisés en santé au travail et en prévention des conduites addictives. Nous en avons répertorié une soixantaine et étudié 21 repérés comme significatifs. Leur point commun, outre d'être des outils pour l'action politique et technique, est de construire une problématisation de type « usages d'alcool et de drogues (pratiques addictives)/risques au travail » (Parquet 1999, Reynaud 2002 ; MILDT/DGT 2007, 2012 ; MILDT 2009, 2010 ; INRS 2008, 2013).

1.2.2 Une recherche-action clinique

1.2.2.1 Qu'est-ce qu'une recherche-action ?

Notre étude s'inscrit dans une perspective compréhensive, dans la tradition de la recherche-action et de l'analyse du travail. Elle est basée sur la rencontre entre un (ou des) chercheurs et des sujets « praticiens » de leur vie, de leur travail, de leurs relations sociales,

etc. Elle se définit en termes d'ouverture et de dialogue et articule un double projet de connaissance et de changement. Comme pour toute recherche, le dialogue entre les protagonistes se conduit

> « *aux frontières des connaissances, sur cette ligne qui en marque la limite, l'objectif de la recherche étant de déplacer cette ligne pour agrandir (un peu) la sphère du savoir* » (Dumez, 2012, p.16)

La recherche-action a cela de particulier que la limite du savoir en question est bipolaire, elle est celle de chacune des deux parties : chercheur et sujets, théorique et pratique. En cherchant à éclairer les contours et les angles morts de son problème (scientifique), le chercheur éclaire ceux (pratique, éthique, émotionnel, etc.) des sujets, et inversement. Au cœur du vécu interrogé et narré, les acteurs « étudiés » buttent sur leurs propres limites et leurs propres questions quand ils en ont ou s'autorisent à en avoir. Le processus de production de connaissances et la contribution qu'en retirent les acteurs de la recherche sont deux effets mutuellement dépendants de l'investigation. Cette perspective

> « *engage à un type de relation de coopération entre chercheurs et acteurs, au fondement duquel se trouve la demande : le travail d'élaboration, de symbolisation proposé dans cette démarche ne peut être validé que s'il permet de renforcer le pouvoir d'agir des professionnels sur les situations-problèmes auxquelles ils sont confrontés, s'il « permet aux potentialités étouffées de l'acte de commencer à se développer » (Mendel, 1999).* » (Lhuilier, 2006a, p.183)

La demande initiale est ici la nôtre, mais pour que la coopération puisse s'engager au-delà d'un « simple jeu de questions-réponses » (Lhuilier, 2006a), d'une redite expérimentale de la réalité et d'un apport nul pour des sujets se trouvant dans les situations étudiées, il faut que notre demande rencontre celles de nos interlocuteurs. Cette rencontre n'est jamais donnée d'avance, les demandes de nos interlocuteurs n'étant pas toujours préalablement identifiées. Les modalités dialogiques, espace, temps et posture du chercheur, doivent pouvoir prendre soin des questions de chaque protagoniste.

La recherche-action est un travail vivant. Si elle interroge la pratique, inversement la pratique pose la question du rapport de la science avec la singularité du réel. L'une et l'autre se coproduisent dans la relation de recherche. Cette méthodologie basée sur la rencontre de nos connaissances académiques avec les connaissances empiriques des travailleurs « étudiés » est scientifique dans la perspective de la complexité (Morin dans Le Moigne et Morin, 2007)

précédemment développée, en dehors des principes de la science classique. Pour Guay, Prud'homme et Dolbec (2016), la recherche-action mobilise cette « modalité de recherche (…) qui oriente la recherche vers l'action et qui ramène l'action vers des considérations de recherche, tout en refusant le postulat d'objectivité du positivisme » (Gauthier, Bourgeois (dir.), 2016, p.522). D'après Lhuilier (2006a) qui cite Dubost et Lévy, l'incertitude et la différence de nature des savoirs mobilisés se pose mais, dans une perspective compréhensive, elles n'invalident pas la portée générale de la démarche. Il y a bien une « différenciation à opérer entre savoir-expérience et savoir-objet théorique mais ils ne sont pas en rupture. La recherche-action est fondée sur l'hypothèse que « des savoirs de portée générale peuvent être produits à partir de l'expérience directe des acteurs et relativement à des situations singulières » (Dubost, Lévy, 2002). » (Lhuilier, 2006a, p.183)

Notre recherche-action clinique

Nous inscrivons notre recherche-action dans la tradition de l'analyse du travail. Nous orientons la rencontre avec nos interlocuteurs du côté

1/ de la réalité du travail qui inclut l'économie de leur vie psychique et déborde le visible et l'avéré

2/ de la clinique

La clinique ancre la relation entre le chercheur et le ou les travailleurs du côté non plus d'une simple exploration (question/réponse autour d'une mémoire des faits) mais d'une rencontre créatrice (Lhuilier, 2006a). Cette relation complexe n'appartient pas au seul registre de la communication interpersonnelle (respect, écoute, observation, empathie, etc.). Pour Christine Delory-Momberger, la relation clinique se caractérise autour de la centralité du sens et de son potentiel de transformation. Sa spécificité, à l'opposé des approches causalistes et technicistes réductrices, est de « maintenir ouverte la question du sens et la possibilité de sa coproduction » (Delory-Momberger dans Niewiadomski, 2012, p.11).

Dans cette démarche générale, notre recherche-action clinique vise à explorer les représentations et les activités réelles de travail, d'usage de psychotropes, de santé et de prévention dans le cadre du poste de travail et des diverses fonctions (de production, d'encadrement, de prévention, etc.) de chacun. Nous l'avons vu, ces thèmes sont du registre de l'économie du vital. Ils sont aussi possiblement stigmatisants et dangereux à aborder pour

nos interlocuteurs. Un des premiers espaces de rencontre, une visée commune, que nous proposions d'emblée à nos interlocuteurs était de faire évoluer la connaissance, en psychologie du travail et plus largement en sciences humaines et sociales, sur les interrelations entre le travail et les usages de psychotropes.

Nous avons organisé ce travail en trois dispositifs complémentaires : des entretiens individuels et des entretiens collectifs de recherche et des activités participantes de recherche.

1.2.2.2 Les entretiens semi-directifs de recherche

Dans le cadre de nos entretiens semi-directifs nous mobilisons la clinique du travail, que nous venons de définir, et l'analyse biographique. Le travail et les usages de psychotropes, liés ou non, que nous cherchons à décrire et comprendre, s'inscrivent dans une histoire qui précède l'instant (celle des sujets, intime, et celle de leur métier, de la prévention, de l'entreprise, etc.). Il convient d'y avoir accès pour pouvoir comprendre le sens des activités et des relations sociales du présent. Ce travail favorise un partage accru du sens, explicite et implicite, de l'activité professionnelle, de l'organisation du travail, de la culture de commandement, de la gestion des risques, des stratégies de santé, des cultures de convivialité, etc., entre le sujet et nous-même (et entre les professionnels dans le cadre des entretiens collectifs). Le récit et l'analyse se construisent dans les sujets sous l'effet de notre intervention. Cette connaissance nouvelle, co-construite avec nous (et les autres professionnels dans le cas d'entretiens collectifs) permet de repérer de nouvelles marges de manœuvre. Le récit lui-même et la connaissance produite conjointent deviennent leur propre outil de changement.

Toutes les personnes engagées dans l'étude sont volontaires. Elles reçoivent une information détaillée quant au but et à la nature de l'intervention. Elles peuvent, à tout moment et librement, quitter le projet. La conduite des entretiens se fait dans un cadre déontologique fondé, en recherche scientifique, sur le principe d'une bonne information et du respect des personnes dans leur autonomie. Dans le cadre des entretiens nous nous efforçons de « respecter la liberté de décision des personnes et de faire le plus de bien (et le moins de mal) possible » (CCNE, Avis n°58, 1998). Nous traitons toutes les informations échangées de manière strictement confidentielle et anonyme.

Les entretiens individuels

La conduite des entretiens est orientée par les processus que nous cherchons à identifier avec nos interlocuteurs. Dans la mesure du possible, nous chercherons à rencontrer les personnes deux fois, à six mois d'intervalle. Nous partons d'une grille de questions de base et celles-ci évoluent, se construisent et se formulent dans le dialogue avec les sujets (généralement sous l'effet de leur fonction et de leurs activités). Nous pouvons les répertorier comme suit :

- Quelles fonctions, quelles tâches actuelles effectuez-vous ?
- Quelle est votre trajectoire professionnelle ?
- Que consommez-vous comme substances (alcool, tabac, cannabis, somnifère, antidépresseur, etc.) ?
- Comment consommez-vous ? Avec qui ?
- Comment vous fournissez-vous ? Auprès de qui ?
- Quelle est votre histoire de consommation ?
- Quand, comment, avez-vous rencontré la question des usages de drogues (alcool et autres) au travail ?
- Quels liens faites-vous, observez-vous, entre le travail et les usages de SPA ; entre les usages et travail ?
- Quand, comment, avez-vous rencontré la question des usages de psychotropes au travail ?
- Développez des exemples, des « cas », des situations-problèmes rencontrés ?
- Quels liens faites-vous, observez-vous, entre le travail et les usages de psychotropes ; entre les usages et travail ?
- Quelles sont vos activités personnelles vis-à-vis des usages de psychotropes : information, prévention, traitement, interdiction/sanction ?
- Quelles représentations et quelles attentes avez-vous des acteurs et des activités de prévention (des risques du travail et des usages de psychotropes ?
- Que faudrait-il faire pour améliorer la prévention (des risques du travail et des usages de psychotropes ? Avec qui ?

Les entretiens collectifs

Les entretiens collectifs sont conduits avec des groupes d'opérateurs, d'encadrants et d'experts santé-sécurité. Moins centrés sur l'expérience singulière de chaque personne, ces entretiens sont présentés et animés comme des temps d'échanges d'expériences et d'élaboration de récit à partir de la même question initiale que pour les entretiens individuels. On cherche à repérer ce que les membres de ces groupes pensent avoir en commun dans leur expérience ou leur perception vis-à-vis du travail et des usages de drogues (alcool, tabac, médicaments, etc.) comme risque ou comme facteur de régulation et des conditions et des effets pratiques de la prévention. Ces entretiens visent à faire émerger les savoir et les savoir-faire formels et informels produits dans, et par, l'activité déployée dans la relation au travail et dans la relation aux consommations de psychotropes. Ils visent à identifier les métiers et les fonctions dans leurs interactions avec ces consommations ; et à dégager une histoire d'entreprise vis-à-vis du travail (son organisation et ses évolutions) et vis-à-vis des usages de drogues et de la prévention.

Ce travail collectif apporte un éclairage complémentaire aux entretiens individuels. La définition progressive des situations de travail par les professionnels (comme performance, risque, erreur, habitude, plaisir, peur, etc.) ne correspond pas nécessairement aux caractéristiques de la situation telles qu'un professionnel isolé, ou un observateur, pourrait les définir. L'articulation individu-collectif se trouve ici convoquée pour répondre à deux questions clefs en clinique du travail : quels modes de sociabilité existent dans l'entreprise ou le collectif de travail (autour de métiers, de valeurs, d'une histoire commune, etc.) ? Pour quel sens commun, quelle intention de performance ?

L'animation des groupes est centrée sur l'analyse de leurs propres pratiques professionnelles. Cette analyse pourra mobiliser les outils de : l'étude de cas, d'incidents critiques, du récit de vie, des traces de l'activité (rapports, plaquettes d'information, supports pédagogiques, etc.). Il s'agit de favoriser la réflexivité, l'élaboration d'une histoire collective des métiers, des cultures et des pratiques et l'élaboration d'un sens collectif en matière de travail, d'usages de psychotropes et de prévention.

Deux groupes sont à part, il s'agit du groupe « prévention des addictions » de chacune des deux entreprises terrain de notre recherche (une entreprise aéroportuaire et une société de transport routier, nous les présentons plus loin). Ces groupes préexistent à notre recherche et maintiendront leurs activités au-delà de la recherche. Dans ces deux cas précis, les entretiens de recherche sont des situations de travail « extraordinaires » de collectifs « ordinaires ». Une perspective longitudinale est organisée dans le cadre de trois entretiens par groupe sur une

période de 12 mois. Cette approche, avec un aller-retour entretien/situation de travail/entretien, permet de ne pas s'intéresser uniquement à une relecture stabilisée des expériences des protagonistes des groupes mais à susciter de nouvelles questions et un approfondissement des processus d'arbitrages et de compromis mobilisés en lien avec les usages de substances psychoactives et l'action des protagonistes.

1.2.2.3 Les activités participantes de recherche

Nos activités participantes de recherche s'organisent dans le cadre d'un groupe de travail d'une fédération du champ de l'addictologie dont nous sommes une des deux animatrices. Sa particularité par rapport aux autres collectifs suivis dans notre étude, est d'être une « vraie » situation de travail (Schwartz, 2008). La recherche s'inscrit ici dans le cours normal des activités des protagonistes, soit à la fois « prescrites » par les organisations auxquelles les 13 acteurs appartiennent et « réelles », au sens où, en tant que chercheure, nous les observons en train de se vivre, de se construire par les acteurs (dont nous sommes). Ces activités participantes apportent un éclairage complémentaire aux entretiens collectifs de l'étude. Elles permettent de construire et de rendre directement discutable l'activité et l'engagement de la subjectivité, et leurs transformations, dans des situations de « production d'un plan d'action » (objectif du groupe). Et elles permettent d'expérimenter les effets de cette approche clinique sur la conduite de la mission elle-même. Ce travail est conduit dans une perspective longitudinale. La recherche portera sur six réunions de travail consécutives, sur une période de 18 mois. Cette approche, avec un aller-retour entre le groupe, leurs situations de travail individuelles et le groupe, etc., permet de s'intéresser à d'éventuelles transformations des activités et des arbitrages mobilisés en lien avec les usages de substances psychoactives et l'action des protagonistes.

Dans le cadre de ces activités participantes, nous pouvons observer les attitudes, les interactions entre les membres, les activités autres que la prise explicite de parole, le vécu émotif. Prise nous-même dans la dynamique (en tant qu'animatrice du groupe, chercheure et praticienne) il est difficile de tenir une posture d'observatrice, au risque de nous désaccorder de ce qui se passe. Aussi tout au long de ce travail, en plus de l'enregistrement des réunions, nous prendrons des notes, à la volée de ce que nous voyons de nous-même et des autres mais, sans en faire une activité centrale.

1.2.3 L'analyse des entretiens et des activités participantes

1.2.3.1 Analyser les activités de travail et d'usage de psychotropes

Tous les entretiens et les activités participantes sont enregistrés en audio. Compte-tenu du volume des matériaux sonores (autour de 300 heures), certains entretiens sont retranscrits in extenso et d'autres partiellement, à l'écoute et à la réécoute. Pour certains enregistrements (entretiens ou activités participantes), nous avons choisi d'ignorer certains pans de témoignages ou de discussions trop éloignés de notre problématique. Dans tous les cas, nous portons le plus grand soin aux éléments non-verbaux, à l'interaction avec le chercheur et au déroulement de l'entretien, nous reportons ces informations dans une prise de notes au fil des échanges et dans des annotations complémentaires aux retranscriptions. Toutes ces traces sont autant de matériaux. La visée de notre analyse est d'en éclairer le sens et les invariants du point de vue des activités des personnes (de travail, de consommations de psychotropes et de prévention) et de leur subjectivité. Notre travail d'analyse s'inscrit dans la tradition de l'analyse qualitative qui pour Paillé et Mucchielli est

> « *un effort intellectuel, constant, intuitif et naturel, visant à trouver un réarrangement pertinent des données pour les rendre compréhensibles, globalement, compte tenu d'un problème pratique ou théorique qui préoccupe le chercheur* » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.35).

C'est dans cette dynamique que nous avons organisé notre analyse systématique de toutes ces traces, à partir d'une catégorisation thématique conçue en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons traité une quinzaine d'entretiens à partir d'une catégorisation reprenant les thèmes mobilisés dans la conduite des entretiens :

- Les activités (professionnelles et hors travail)
- L'organisation du travail et les modalités de management
- La trajectoire des individus comme travailleur
- Les tensions et les difficultés en lien avec le travail
- Les usages de psychotropes
- La trajectoire de ces usages
- Les tensions et les difficultés en lien avec les usages de drogues
- Les ressources (individuelles et collectives) et les solutions à ses difficultés
- Les effets (ressources et risques) des usages de drogues sur le travail

- Les effets (ressources et risques) du travail sur le sujet
- Les rapports subjectifs des sujets à leurs activités, aux méthodes managériales
- Le rapport des sujets aux acteurs de la santé au travail et aux activités de prévention de l'entreprise

Ce premier traitement nous a permis de découvrir des lignes de force : des thèmes retenus plus que d'autres par nos interlocuteurs, certains évincés et d'autres ajoutés. Il a aussi fait émerger un sens à ces mouvements d'ouverture au dialogue ou à ces formes d'évitement et de dissimulation, et la pertinence, du point de vue de nos hypothèses, de les traiter comme des questions à part entière. Au regard de cette analyse et de notre cadre théorique, nous avons déplié notre première catégorisation du côté des représentations, des activités, des rapports entre le sujet et son travail, le sujet et ses usages de drogues, des conflits de logiques et d'activités, et de la subjectivité. L'objectif étant d'examiner les objets multiples de notre étude (interreliés mais multiples), de les interroger et de les confronter les uns aux autres et aux concepts théoriques qui sous-tendent notre travail. Compte-tenu des résultats de cette première analyse du point de vue de nos hypothèses, nous avons affiné notre catégorisation et établi deux grands tableaux de classement des « matériaux » de nos terrains. Ces tableaux structurent les deux entrées complémentaires de notre étude : les usages de psychotropes des professionnels et la prévention (tels qu'ils se vivent) afin de les comprendre et de les analyser au regard de nos questions de recherche.

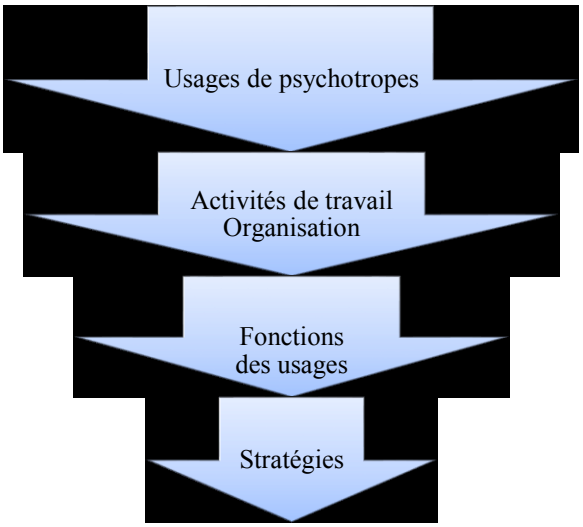

Figure.1 Sens et nature de l'analyse des récits et des discussions sur les usages de psychotropes

1.2.3.2 Analyser les activités de prévention ciblant les usages de psychotropes

La catégorisation de la prévention des risques professionnels et des usages de psychotropes croise notre premier traitement avec nos perspectives théoriques sur le travail et la santé. Nous cherchons le travail prescrit et le travail réel, les processus, les ressources et les contraintes du travail de prévention et leurs effets sur les activités de travail, la santé et les usages de psychotropes :

- La prescription du travail (perspectives et représentations sociales)
- La prescription de la prévention
- L'accès au travail réel
- Les activités réalisées (de travail et de prévention, perspectives de ces activités)
- Les activités empêchées (de travail et de prévention)
- Les activités de dissimulation (de travail et de prévention)
- Les effets du travail sur les consommations de psychotropes
- Les effets des usages de psychotropes sur le travail
- Les effets des actions de prévention sur les usages de psychotropes
- Les traces des activités de travail, de prévention, des consommations de psychotropes et de leurs liens
- Les consommations de psychotropes des acteurs de la prévention

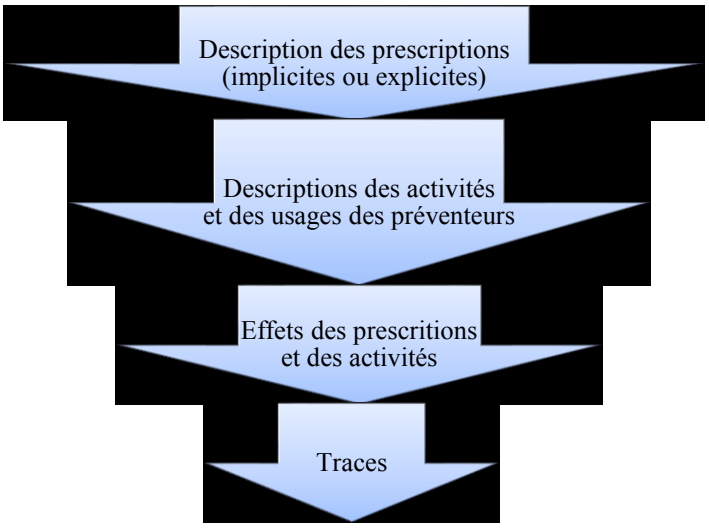

Figure. 2 Sens et nature de l'analyse des récits et des discussions sur la prévention des usages de psychotropes

1.3 Les sujets et les terrains de notre étude

1.3.1 Une pluralité de sujets et de terrains

1.3.1.1 Un choix scientifique

Nous avons choisi de nous intéresser à des travailleurs aux profils (fonction, âge, sexe, métier, etc.) et aux usages de produit (alcool, tabac, médicament, etc.) très hétérogènes, dans des contextes productifs contrastés et des dispositifs de prévention complémentaires. Ce choix repose sur deux hypothèses :

- La recherche-action et la clinique du travail s'intéressent aux invariants des dynamiques humaines dans la diversité des situations de travail réel, la stabilité, la représentativité et l'homogénéité ne sont pas leurs conditions.
- L'organisation officielle du travail et de la prévention mobilise des sous-systèmes d'acteurs et d'activités hétérogènes. Notre terrain couvre délibérément les acteurs, les activités, les savoirs et les usages de psychotropes qu'ils déploient et qui circulent pour part entre eux. Une entrée analytique centrée sur certains dispositifs ne permettrait pas de saisir cette circulation.

Dans cette perspective nous étudions, d'égale attention, les activités de consommation de psychotropes, de travail, de prévention, et leurs interactions chez des opérateurs, des encadrants, des opérateurs de la santé au travail et de la promotion de la santé (médecin, infirmière, éducateur spécialisé, etc.) travaillant en services de santé au travail et en centres de soin et de prévention en addictologie (CSAPA). La clinique du travail se construit dans un dialogue ouvert avec les travailleurs (de la production, de la prévention ou du soin) qui porte sur les situations de travail « normales » faite par les acteurs « normaux », c'est-à-dire les interlocuteurs tels qu'ils sont, dans la diversité de leur état de santé, de leurs fonctions, de leurs activités et du sens qu'ils vivent et qu'ils cherchent dans tout ça.

1.3.1.2 Population d'étude

La phase de prospection des sujets et des terrains s'est déroulée entre décembre 2011 et juin 2013. Nous avons mobilisé nos réseaux et chercher des individus et des entreprises prêts à s'engager dans notre recherche au-delà d'un simple intérêt manifeste. La mobilisation et la coopération des sujets et des terrains « demandeurs » sont les clefs du bon déroulement technique et scientifique de notre étude. Le recrutement de sujets prêts à exposer leurs expériences directes de travail et surtout d'usages de drogue, réalité particulièrement intime, illicite parfois, tabou souvent, est délicat et chronophage. Nous avons diffusé des « appels à candidature » dans notre réseau personnel et professionnel, de manière plus ou moins formelle, et Renaud Crespin (dans le cadre de Prevdrog-Pro) et nous-même avons cherché des sujets volontaires dans une dynamique « boule de neige ». Les premières personnes rencontrées en ont parlé autour d'elles et ainsi de suite. Par ailleurs des entretiens individuels ont aussi été conduits dans les entreprises-terrains.

Parallèlement à ce recrutement individuel et conformément à notre problématique, nous avions choisi de travailler avec des entreprises conduisant des actions de prévention autour des psychotropes. Le recrutement de structures prêtes à exposer et à discuter de leurs expériences avec les questions de santé et d'usage de drogues (en prévention mais aussi au cœur des activités de travail) réalité risquée pour l'image de marque et au regard des normes du travail, est particulièrement complexe. Comme pour les individus, nous avons prospecté les entreprises en diffusant l'information dans notre réseau personnel et professionnel (lié à nos activités de consultante). Ces réseaux rassemblent une cinquantaine de grandes entreprises et PME (BTP, Industrie, service, transports), une dizaine de réseaux interentreprises (SRAS, ASMT, SMIT, AMETIF, etc.) et une trentaine d'administrations (santé, territoriale, justice...) dans deux grandes régions françaises. Neuf organisations privées et publiques ont manifesté un intérêt sérieux pour l'étude (deux PME, une grande entreprise et une administration territoriale, quatre associations ou entreprise de prévention en addictologie). Au fil des discussions, généralement avec les acteurs engagés en prévention, l'intérêt pour notre recherche s'aiguisait. Le moment de « vérité » était la contractualisation de la relation de travail avec la direction générale. Cinq directions ont abandonné l'idée de collaboration pour cause de désaccord avec la méthode et les conditions de la recherche, quatre s'y sont engagées.

Au total, 128 personnes ont participé, individuellement ou en groupe, de manière ponctuelle ou suivie, à notre recherche-action.

Entretiens individuels

Entre janvier 2012 et juin 2014, 68 personnes (opérateurs, encadrants, directeurs, employeurs, vendeur de tests, médecins du travail) ont été rencontrées en entretiens individuels, 23 l'ont été par Renaud Crespin et Dominique Lhuilier dans le cadre du projet Prevdrog-Pro et 45 par nous-mêmes (dont 10 rencontrées deux fois). Les entretiens individuels sont conduits avec des opérateurs, des encadrants, des directeurs, des employeurs, des vendeurs de tests (dépistage des drogues), et des médecins du travail.

Entretiens collectifs

Entre janvier 2012 et juin 2014, 47 personnes (opérateurs, encadrants, directeurs, médecins du travail, animateurs de sécurité, etc.) ont été rencontrées en entretiens collectifs dans le cadre du projet Prevdrog-Pro. Ces entretiens étaient conduits en binômes organisés entre Renaud Crespin, Dominique Lhuilier et nous-même ou, très occasionnellement, nous seule.

Activités participantes de recherche

Depuis novembre 2015, nous travaillons au sein d'un groupe de travail du champ de l'addictologie constitué de 13 personnes (en nous comptant).

Forum « Drogues et travail »

Aux 128 personnes rencontrées dans le cadre de notre recherche-action, nous associons l'étude des témoignages de 32 contributeurs au forum « Drogues et travail » du site d'autosupport aux usagers de drogues Psychoactif (https://www.psychoactif.org/forum/f66-p1-Drogues-travail.html).

Quatre structures ont été des partenaires-terrains de notre recherche, trois d'entre elles sont partenaires du projet Prevdrog-Pro (voir annexe 1), une est propre à notre recherche. Nous les présentons ci-après.

1.3.2 Une grande entreprise aéroportuaire

1.3.2.1 Présentation de l'entreprise

Notre première structure partenaire est une entreprise aéroportuaire commerciale et multi-services : conception et construction de plateformes aéroportuaires (terminaux, pistes, etc.) mais aussi optimisation de l'exploitation, développement des commerces en aérogares, assistance à la certification aéroportuaire, etc. Elle emploie directement 2500 personnes, en supervise 5000 et collabore avec des centaines de sous-traitants (sécurité, bagagistes, entretien, etc.). Cette entreprise est pilotée par un organigramme classique de grand groupe industriel : une direction générale associée à un CODIR (Comité de direction) qui décident et chapotent la stratégie, de grandes directions (dont les aéroports), des sous-directions et des services. Sa stratégie est celle de la productivité et de la rentabilité : réduction des coûts, normalisation, segmentation, intensification, flexibilité, etc., organisée sous formes de dispositifs d'anticipation, de formation, de suivi et de contrôle, de sous-traitance et de mobilité interne.

Dans cette logique, la prévention est organisée de façon cloisonnée dans une approche par risque. Risques professionnels, risques psychosociaux et addictions font l'objet de plans de prévention, d'acteurs mobilisés et de groupes de travail séparés et spécifiques. Il existe deux groupes formels de suivi intitulés « RPS » et « ressource alcool ». Le groupe ressource alcool est rattaché au pôle « prévention des risques professionnels » alors que la prévention des risques psychosociaux en a été sortie pour être placée dans le pôle « changement de l'organisation ». Il n'y a pas de relation opérationnelle entre ces deux entités bien que l'ergonome du service prévention des risques professionnels pilote des actions de type « prévention des RPS » (groupe d'échange de pratique et d'expérience entre agents sur des questions ciblées : changement de métier, vieillissement au poste, etc.). L'organisation des services produit des tensions sur la prévention des risques et sur ses acteurs. Du fait de ses activités aéroportuaires, cette entreprise est soumise à des contraintes de sécurité et de sûreté particulièrement strictes (habilitations diverses, accès à certains postes et zones de travail nécessitant une enquête préalable des services de police, etc.). Dans ce contexte spécifique, les logiques de prévention des risques et de santé au travail et les logiques sécuritaires et de contrôle des travailleurs sont particulièrement en tension. Par ailleurs, la privatisation a transformé les stratégies, les effectifs, les métiers, les relations sociales et les procédures générales de l'entreprise.

Le partenariat est né d'une rencontre entre l'ergonome animateur du groupe « ressource alcool » de la société, que nous appellerons Marie Dubois et nous-même. Ergonomes toutes deux, nous participions à un colloque intitulé « L'ergonome fasse aux conduites addictives ». En 2011, Marie Dubois intervenait au titre de son expérience de pilotage du groupe « ressource alcool », nous étions pour notre part dans l'auditoire. Sa communication était très stimulante. Dans les colloques institutionnels, rares sont les orateurs qui convoquent l'ergonomie pour décrire leurs expériences de prise en charge de la question des psychotropes au travail. Une fois le récit de l'histoire et des actions du groupe établi, il ne restait malheureusement plus de temps pour les questions de fond : la place de l'ergonomie (qui était le thème de la journée) dans les activités du groupe et la place des usages de psychotropes (l'alcool principalement ici) dans ses interventions de retour à son poste d'ergonome. Cette impasse nous laissait frustrée. Marie Dubois nous avait passionnée, à la pause nous l'avons interpellée sur ce qui nous paraissait être une forme de « dérobade » face au thème du jour. Piquée au vif, sa réaction a été très stimulante. Nos questions étaient similaires mais nos places et nos enjeux bien différents. Plus que son entreprise, Mme Dubois représentait le groupe « Ressource alcool » en intervenant dans ce colloque. Elle était redevable d'une parole fidèle à ses compromis et à ses esquives. L'échange s'est prolongé et nous lui avons présenté notre recherche qui l'a intéressée. Nous avons décidé de nous revoir pour discuter du moyen de collaborer. Après plusieurs entretiens, une fois à deux et ensuite avec l'ensemble du groupe « Ressource alcool», il a été convenu que Marie Dubois ferait une demande officielle de partenariat à sa direction.

Après trois nouvelles rencontres, avec le directeur du service de prévention des risques professionnels (chef direct de Mme Dubois), la directrice des ressources humaines et le Chsct central (Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail), une convention de partenariat entre cet entreprise aéroportuaire et le Crtd (Centre de recherche sur le travail et le développement) du Cnam, notre laboratoire de recherche, est signée en septembre 2012. Elle porte sur une collaboration de type recherche-action, selon des modalités adaptées du projet Prevdrog-Pro, sans financement demandé.

Les attentes de l'entreprise

La collaboration de recherche a été validée sur 5 niveaux : le groupe ressource alcool, le directeur de la prévention des risques professionnels, la directrice du pôle santé et

responsabilité sociale, la Drh et le Dg. Il a aussi été accepté par le Chsct. Dans le cadre de ce partenariat les objectifs des différents niveaux sont pluriels.

1) La direction des ressources humaines veut améliorer la prise en charge et la suppression à terme des cas d'alcoolisme au poste de travail. Elle souhaite aussi développer une vigilance accrue vis-à-vis des usages de cannabis. Par ailleurs, d'un aéroport à l'autre, l'hétérogénéité historique des règles et des pratiques vis-à-vis de l'alcool (repas et pots) provoque des tensions avec la logique de normalisation des pratiques et de mobilité de directeurs de services et de sites. Jusqu'à présent la direction comptait sur le groupe « ressource alcool » pour régler ces problèmes (alcoolisme, cannabis, hétérogénéité des pratiques chez les opérateurs et les directeurs) mais le réel (dans les services et dans les directions) résiste à ses prescriptions. La direction espère donc que la recherche aide le groupe ressource à mieux gérer ces multiples tensions. La direction souhaite par ailleurs imputer la mobilisation des salariés impliqués dans cette recherche au « Plan d'action annuelle de prévention des risques psychosociaux 2012 » tout en dissociant strictement les activités du groupe « ressource alcool/addiction » de celles du groupe de travail sur les risques psychosociaux.

2) A ces attentes de la direction se rajoutent les attentes du Chsct qui souhaite pouvoir comprendre s'il existe des liens entre l'organisation du travail, et notamment la privatisation et les transformations organisationnelles soutenues depuis 2006 et les usages de psychotropes. Les organisations syndicales sont très préoccupées par la souffrance au travail, elles attendent de trouver dans la recherche de nouveaux arguments pour mettre en discussion les tensions du travail et la responsabilité de la direction.

De leurs côtés les membres du groupe ressource alcool/addiction ont des attentes similaires et bien différentes. Objets de notre étude, nous les analyserons dans le cadre de nos résultats.

1.3.2.2 La recherche-action

L'étude conduite dans cette entreprise s'est déroulée sur 22 mois (entre septembre 2012 et juin 2014) sur deux sites aéroportuaires différents.

Nous avons travaillé avec :

- Un comité de pilotage
- Le groupe « ressource alcool »

- Deux groupes d'encadrants et d'opérateurs d'un premier aéroport
- Un groupe de préventeurs/agents de sécurité (de Roissy)
- Plusieurs entretiens individuels avec des cadres-dirigeants et des responsables de la prévention des risques professionnels

Trois chercheurs se sont impliqués dans les travaux de terrain : Dominique Lhuilier, Renaud Crespin et nous-même.

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est un groupe constitué de 5 personnes volontaires pour superviser l'étude en interne : deux ergonomes, une médecin du travail et une assistante sociale (issues du groupe ressource alcool), et un encadrant de proximité.
Nous nous sommes rencontrés à deux reprises, en milieu et en fin d'étude (Octobre 2013 et juin 2014) pour discuter des premières analyses, valider les conclusions et définir les modalités de présentation, à l'intérieure de l'entreprise, des travaux réalisés au cours de la recherche, de leurs effets et des perspectives de transformations associées. Au cours de la recherche, les deux ergonomes, coordinatrices du comité de pilotage et de l'étude en interne, ont été nos contacts privilégiés pour la mise en œuvre et le suivi des différentes étapes du projet : prise de rendez-vous pour les entretiens individuels, organisation des groupes pour les entretiens collectifs, etc. Dans le principe même de notre recherche-action, au cours des 22 mois de collaboration, ces deux personnes ont été immergées dans la recherche. Elles en ont été simultanément, actrices et sujets et principales bénéficiaires.

Le groupe « Ressource alcool »

Le groupe « ressource alcool » de l'entreprise est pluridisciplinaire. Il est constitué de 24 personnes : 4 médecins du travail, 9 infirmières, 4 assistantes sociales, 4 animateurs de sécurité, 2 ergonomes (pilotes du groupe et pilotes de notre recherche) et un représentant de la DRH, tous volontaires pour cette mission et pour participer à notre recherche.
En fonction des circonstances, ce groupe est unitaire ou scindé en deux sous-systèmes. Officiellement il est unique depuis la fusion des deux aéroports sous une seule direction générale. Dans les faits, les deux sous groupes existent toujours. Ils interagissent avec le groupe centralisé et fonctionnent de manière non-homogène. Dans le cadre de la recherche,

nous travaillons avec les trois entités : les deux groupes « ressources alcool » historiques (que nous appellerons n°1 et n°2) et le groupe unifié (somme des groupes n°1 et n°2).

Le groupe n°1 rassemble 2 médecins du travail, 4 infirmières, 2 assistantes sociales, 2 animateurs de sécurité, les 2 ergonomes animatrices du groupe et communes aux deux groupes historiques, et un représentant de la DRH (soit 13 personnes).

Prénom	Emploi	Sexe
Dominique	Médecin du travail	F
Valérie	Médecin du travail	F
Sylvie	Infirmière du travail	F
Catherine	Infirmière du travail	F
Patricia	Infirmière du travail	F
Véronique	Infirmière du travail	F
Charles	Infirmier du travail	M
Nadine	Assistante sociale	F
Mathilde	Assistante sociale	F
Agathe	Animatrice de sécurité	F
Marc	Animateur de sécurité	M
Fabienne	**Ergonome**	**F**
Marie	**Ergonome**	**F**
Total	13	2 hommes 11 femmes

Tableau 1 : Groupe ressource alcool n°1

Le groupe n°2 est formé de 2 médecins du travail, 3 infirmières, 2 assistantes sociales, 2 animateurs de sécurité, les 2 ergonomes animatrices et un représentant de la DRH (soit 12 personnes). Dans les faits, le représentant de la DRH est peu impliqué dans le fonctionnement du groupe. Il n'a pas participé à l'étude.

Prénom	Emploi	Sexe
Virginie	Médecin du travail	F
Julie	Médecin du travail	F
Liliane	Infirmière du travail	F
Lydie	Infirmière du travail	F
Yacine	Infirmier du travail	M
Joëlle	Assistante sociale	F
Sophie	Assistante sociale	F
Mercédès	Animatrice de sécurité	F
Pierre	Animateur de sécurité	M

Fabienne	**Ergonome**	**F**
Marie	**Ergonome**	**F**
Total	11	3 hommes 9 femmes

Tableau 2 : Groupe Ressource alcool n°2

Le groupe unifié est réuni une fois au lancement de l'étude, animé par Dominique Lhuilier et nous-même (24 personnes présentes, en comptant les deux chercheures, pendant une demi-journée). A la fin de cette première réunion, les 24 personnes présentes (membres du groupe et chercheuses) décident que les deux groupes, Orly et Roissy, seraient réunis séparément pour la suite de l'étude. Ils le sont à deux reprises (deux demi-journées) sur une période de 12 mois, animés par Dominique Lhuilier et nous-même. Ces réunions se construisent sous forme d'entretiens collectifs.

ÉTUDE DE CAS : La 1ère réunion du groupe « Ressource alcool »

La réunion rassemble 24 personnes, en comptant les deux chercheures, pendant une demi-journée. Dans la première partie, Dominique Lhuilier et nous-même faisons un tour de table approfondie sur la prévention des usages d'alcool et de drogues dans l'entreprise et sur les usages eux-mêmes, ainsi que sur le fonctionnement du groupe et les réflexions qu'il suscite pour chaque personne présente. A chaque tour de prise de parole, les autres membres du groupe et nous-mêmes pouvions demander des clarifications ou des explicitions des propos entendus. De vraies discussions s'engagent, dans le cadre offert par le tour de parole, sur la diversité de vécus et des points de vue, la polysémie des notions, les savoirs communs, etc. Dans la seconde partie de la réunion, nous engageons un nouveau tour de table sur les attentes de chacun vis-à-vis de la prévention des usages de psychotropes et du groupe ressource. Les réflexions individuelles sont discutées par le groupe dans les conditions similaires au premier tour de parole. Nous présentons ici la synthèse des attentes formulées.

Question : « Qu'est-ce que j'attends du Groupe ressource ? »

Réponses :

Échanges de pratiques

Repérer la place des autres produits

Comprendre pourquoi certains services consomment et pas nous (service santé au travail) ?

Questionner la cible des actions de prévention et de l'analyse : visons-nous les alcooliques ou/et les autres consommateurs ?

Définir la position/positionnement du groupe face à la réglementation interne sur les produits : relayer la réglementation peut-être contre-productif vis-à-vis du terrain, de la relation de confiance avec les managers de proximité et les équipes notamment.
Débattre et produire des propositions d'action, de procédure, vis-à-vis de la direction
Être porteur individuellement de la position du groupe
Avoir une légitimité, une reconnaissance, une représentativité sur la question de l'alcool (autres produits ?) par rapport au terrain
Être proactif par rapport à nos missions, nos services : communiquer vers le terrain, se faire connaître, faire de la sensibilisation
Se remettre en démarche d'action, de sensibilisation
Analyser des observations faites sur le terrain autour de l'alcool (consommations observées en situation professionnelle) : que peut-on faire, comment faire avec ses observations ?

A la fin de cette première réunion, les 24 personnes présentes (membres du groupe et chercheuses) décident que les deux groupes, Orly et Roissy, seraient réunis séparément pour la suite de l'étude. Ils le seront à deux reprises (deux demi-journées) sur une période de 12 mois, animés par Dominique Lhuilier et nous-même. Ces réunions se construisent sous forme d'entretiens collectifs. Nos questions sur la prévention des usages d'alcool ou de drogues dans l'entreprise, et sur les usages eux-mêmes, ouvrent des échanges d'expériences et de récits. Les situations vécues et les réflexions exposées par les personnes sont issues de leur participation au groupe ressource autant que de leur vécu à leur poste de travail. On cherche à repérer ce que les membres de ce groupe pensent avoir en commun dans leur expérience ou leur perception sur les usages de psychotropes dans leur entreprise : quels usages repérés, usages comme plaisir, comme ressources individuelles ou collectives face aux exigences du travail, et/ou comme risque ? Les réunions sont très vivantes, la parole est libre et les analyses pratiques des actions de prévention et des usages se construisent peu à peu. Nous observons leurs effets sur les membres du groupe de travail, leurs usages, leurs postures face à ceux des collègues. Les récits réinterrogent la polysémie du travail, de la santé et de la prévention. Les discussions rouvrent la question de la prescription, du travail réel, des dilemmes et des renormalisations quotidiennes (des opérateurs et des encadrants et des membres du groupe ressource). Elles mettent à jour des injonctions contradictoires de la part de la direction et des membres des groupes eux-mêmes, et un émiettement progressif du sens de l'action et du collectif.

Les entretiens individuels et collectifs

Les entretiens individuels ont été organisés avec 10 personnes : 5 directeurs et 3 directrices de sites et de services et 1 animatrice sécurité et le responsable de la prévention des risques psychosociaux. Quatre entretiens ont été conduits par Dominique Lhuilier, deux par Renaud Crespin et quatre par nous-même. Les entretiens duraient de 1h à 2h, en fonction des personnes et de leur disponibilité.

Les entretiens collectifs avec les groupes d'encadrants et d'opérateurs sont difficiles à mettre en place. Nous arrivons dans un contexte de forte intensification du travail, il est de plus en plus délicat d'organiser des réunions qui sortent les agents de leur fonction opérationnelle, particulièrement dans les équipes de l'exploitation et du trafic aérien. Deux groupes, un de 4 operateurs et un de 7 managers opérationnels, volontaires et issus de directions différentes, ont pu être organisés sur un aéroport et un groupe de 5 animateurs de sécurité volontaires sur le second aéroport. Tous ces entretiens ont été organisés sur des durées de 1h30 à 2h. Le premier est animé par Dominique Lhuilier et nous-même et les deux autres par Renaud Crespin et nous-même.

Situations de recherche	Nombre de personnes	Femmes	Hommes
Animation du groupe ressource alcool	24	20	4
Entretiens collectifs	16	6	10
Entretiens individuels	10	4	6
Total	50	30	20

Tableau 3 : Synthèse des entretiens conduits dans l'entreprise aéroportuaire

ÉTUDE DE CAS : Un groupe d'encadrants et d'opérateurs

Les entretiens avec les agents (employés, encadrement de proximité et animateurs de sécurité) sont toujours très vivants. La parole sur le travail est libre. Les agents n'ont globalement pas eu de mal à aborder les questions de leur travail réel, des usages et de la santé, pour eux-mêmes et pour leurs collègues. Les interlocuteurs acceptent de parler de leurs expériences autour de la question des consommations de psychotropes (alcool, tabac, stupéfiants, médicaments) dans l'entreprise, de la prévention de ces usages dans l'entreprise. Ils acceptent aussi, généralement de parler de leurs propres usages de psychotropes. On cherche à repérer

ici quelles sont les perceptions et les expériences des opérateurs, des encadrants et des animateurs de sécurité vis-à-vis des drogues diverses et de la prévention dans l'entreprise : quels usages repérés, les usages valorisés, les usages cachés, les usages stigmatisés, au cœur du travail d'employés ou d'encadrant, quels usages comme risque et/ou comme plaisir, comme ressources individuelles ou collectives face aux exigences du travail. Ils visent à dégager une histoire d'entreprise vis-à-vis du travail, des usages de psychotropes et de la prévention. La nature des liens entre toutes ces dimensions n'est toutefois pas évidente. Ils mobilisent aussi des stéréotypes.

ÉTUDE DE CAS : Jacques, cadre dirigeant

Les entretiens avec les directeurs et les directrices sont généralement plus cadenassés sur le travail prescrit et les éléments de langage gestionnaire. De nombreux interlocuteurs ont rencontré des difficultés pour aborder leur travail réel et celui de leurs agents (discours de niveau général, souvent réglementaire ou procédurier) et pour aborder leurs propres usages de psychotropes. Les professionnels consomment des drogues. Ils recourent aux effets calmants, stimulants, sociaux, hédoniques, etc., de l'alcool, du tabac, du café, des dérivés morphiniques, des benzodiazépines, du cannabis, etc., pour des raisons privées, pour travailler ou se remettre des effets de leur travail. Être professionnel peut nécessiter de trouver de l'énergie sans limite et de remédier aux manquements de la gestion. La pharmacochimie peut y contribuer. Elle s'inscrit dans des dynamiques de renormalisation pour produire et rester employable malgré les tensions entre défis de l'entreprise (productivité, intensification, flexibilité, etc.) et ressources collectives pour les soutenir. Les raisons repérées sont de deux niveaux. Ces cadres dirigeants ne sont généralement pas au fait de ces questions : ni le travail réel de leurs équipes ni sur l'analyse des usages comme question professionnelle. Ils mobilisent plus facilement des stéréotypes et des discours plutôt « convenus » qu'une élaboration de la question des activités, des usages de psychotropes et de la santé. En prenant le temps de la construction de la réflexion et de la confiance, avec des questions et relances ouvertes qui s'intéressent au concret et font entendre que ça concerne tout le monde et pas seulement « l'alcoolique de service » le dialogue a toujours été possible. Inversement, les cadres « engagés » sur la question du travail réel et de la santé, n'ont pas eu de mal à aborder ces questions, pour eux-mêmes et pour leurs agents.

1.3.3 Une PME du transport routier

1.3.3.1 Présentation de la PME

Notre deuxième structure partenaire est une PME familiale de transport routier spécialisée dans la traction de messagerie, l'affrètement, la citerne de produit pulvérulent, de produit frigorifique, de conteneur maritime et de porte voiture. Elle couvre la France et une partie de l'Europe. En plus des activités de transport, l'entreprise assure aussi des activités complémentaires : atelier mécanique (entretien, réparation, contrôle technique), stockage de marchandises, location de place de parking PL, lavage. Créée à la fin des années 90 par un couple que nous appellerons France et Patrick Langlade et le frère du mari Pierre Langlade, la société s'est développée en continue depuis : 130 salariés en 2008, 250 en 2012 et 450 aujourd'hui (reprise récente d'une entreprise en difficultés).

Ce développement s'accompagne du maintien d'un organigramme très familial. :

- PDG : France Langlade
- Directeur général et commercial : Patrick Langlade
- Directrice commerciale et attachée commerciale : Corinne Langlade (femme de Pierre)
- Responsables techniques : Pierre Langlade et Jérémie Langlade (fils de France et Patrick)

Sur les 450 salariés, une trentaine travaille au siège où ils assurent toutes les fonctions administratives, commerciales et les services complémentaires au transport (mécanique, lavage, etc.). Les autres salariés sont des chauffeurs (plus de 400). Ils travaillent sur les lignes de transports de l'entreprise (à travers toute la France et en Europe) et ne sont de passage au siège que très ponctuellement. Ils sont suivis à distance (technologie embarquée, médecine du travail locale, encadrement mobile). Du point de vue de l'organisation du travail et des activités, l'entreprise fonctionne comme deux entités interdépendantes mais bien distinctes. L'épine dorsale qui est le siège, avec les sédentaires appelés « l'équipe », et les chauffeurs.

Parallèlement à une vision entrepreneuriale (augmentation du volume d'activités, diversification, acquisition, embauches, etc.), l'entreprise poursuit une politique sociale volontariste. Elle s'inscrit dans tous les dispositifs de santé et de sécurité au travail disponibles : collaboration active avec la CARSAT locale et la médecine du travail du siège pour organiser le plan de prévention des risques professionnels et collaboration avec le service « conseil aux entreprises » de la mutuelle pour organiser le plan de prévention des risques

psychosociaux. Au siège, avec « l'équipe », le temps est pris pour engager et suivre ces démarches. La prévention est organisée de façon cloisonnée dans une approche par risque. L'entreprise a toujours été à la pointe des certifications, des chartes et de l'inscription dans la vie locale. C'est une particularité pour une PME familiale du transport. Elle communique largement sur ces dimensions ce qui lui confère localement une véritable « distinction » :

- 2011 : Triple certification Q.S.E : Qualité Sécurité & Santé Environnement et obtention du label AGIR Generali Assurances.
- 2012 : Signature de la charte de la diversité.
- 2014 : Signature d'un partenariat avec l'équipe de rugby phare de la région

Dans ces principes, l'entreprise est au croisement du management contemporain (normalisé, segmenté, pris dans divers dispositifs d'anticipation, de formation, de suivi et de contrôle) et du management familial paternaliste. Comme n'importe quelle entreprise, celle-ci a ses incidents, ses accidents, ses démissions, ses licenciements et ses prud'hommes, ses tensions et ses usures.

Le partenariat de recherche

Le partenariat avec cette société est né d'une rencontre entre France Langlade, PDG de l'entreprise, et nous-même. L'histoire est similaire à celle de Marie Dubois, notre premier contact avec notre terrain aéroportuaire. En 2012, France Langlade était oratrice dans un colloque « Addictions (alcool, drogues) et travail ». Elle co-intervenait avec le médecin du travail de l'entreprise pour présenter un kit de sensibilisation sur les addictions, kit développé à l'attention des professionnels du transport (autoévaluation). Cette présentation a été l'occasion de découvrir l'engagement très personnel de cette dirigeante sur la question des addictions et l'histoire de la politique de prévention de son entreprise. Les perspectives présentées (approche hygiéniste et promotion de la santé) n'étaient pas les nôtres mais la tonalité et la qualité de la co-intervention de France Langlade avec le médecin du travail nous a donné envie d'en savoir plus sur leur entreprise. A la suite de la communication, nous avons présenté notre recherche à Mme Langlade qui a souhaité approfondir cette discussion. Nous l'avons rencontrée à plusieurs reprises au siège de son entreprise. Une première fois seule, une deuxième en présence de la directrice administratrice et financière de l'entreprise (proche collaboratrice de France Langlade) et une ultime fois avec les autres membres de la direction et le groupe « prévention addiction ». Tous ces acteurs ont accepté de participer à la

recherche. Fin 2012, l'accord était donné et l'engagement pris pour un partenariat de type recherche-action.

Les attentes de l'entreprise

Les attentes énoncées par la direction porte sur deux aspects. Pour France Langlade le groupe « prévention addiction » de l'entreprise s'essouffle. Après 8 années de fonctionnement très dynamique, plus rien ne se fait depuis une année, ni projet, ni réunion. Mme Langlade qui souhaite que l'entreprise reste active en matière de prévention des addictions, cherche à relancer les missions et les activités de ce groupe. Elle espère pouvoir le faire dans le cadre de notre recherche-action. Parallèlement à cette première attente, la direction s'intéresse à l'existence éventuelle de passerelles entre le plan de prévention des risques psychosociaux et celui des addictions. Elle attend de voir ce que la recherche pourra lui apprendre de ce côté là. Elle est prête à mettre en œuvre des ponts si la recherche lui en démontre l'intérêt.

Les membres du groupe prévention addiction ont pour leur part plus de curiosité que d'attente réelle. Compte-tenu du volume des activités opérationnelles dans l'entreprise et des transformations organisationnelles (130 salariés en 2008, 250 en 2012), le fonctionnement du groupe addiction n'est pas une priorité pour ses membres.

1.3.3.2 La recherche-action

L'étude conduite avec cette entreprise s'est déroulée sur 18 mois (entre octobre 2012 et janvier 2014). Elle s'est construite avec trois entités différentes de sujets : la direction, le groupe prévention addiction et sept salariés volontaires pour des entretiens individuels. Nous sommes intervenue seule sur ce terrain de recherche. Il avait été envisagé que notre travail soit conduit en partenariat avec une chargée de mission de l'ARACT (l'Agence pour l'amélioration des conditions de travail) locale mais faute de temps disponible, cette collaboration a fait long feu.

Notre étude est arrivée dans une période de forte activité de l'entreprise et tout particulièrement au siège. Outre la production, l'équipe du siège était engagée dans trois projets non directement productifs : une réorganisation managériale accompagnée d'un plan de formation pour l'équipe, un audit externe sur les risques psychosociaux et un diagnostic

interne sur les risques professionnels. Compte-tenu des difficultés pour libérer des acteurs opérationnels nous avons décidé avec la Pdg France Langlade et la directrice administrative et financière que leur binôme piloterait le projet avec nous. Elles sont restées nos interlocutrices privilégiées pour organiser l'investigation et discuter de l'avancée du travail, tout en étant elles-mêmes sujets de la recherche au titre de sa fonction de Pdg et membre du groupe « prévention addiction » pour l'une et de Daf pour l'autre. L'idée était aussi que, compte-tenu de son organisation (tous les membres de la direction y participent), le groupe « prévention addiction » puisse jouer le rôle de comité de pilotage, discuter et valider les analyses proposées, et définir l'opportunité et les modalités de présentation dans l'entreprise des travaux réalisés au cours de la recherche.

Le groupe « prévention addiction »

Depuis son lancement en 2004, le groupe « prévention addiction » est impulsé et étroitement piloté par la direction. Sur ses 7 membres, 4 occupent des fonctions de direction, et plus particulièrement sont des « Langlade » (France, Patrick, Corinne et Pierre). Les autres membres sont les responsables des conducteurs et le formateur « conduite et sécurité » de l'entreprise. Le groupe a été difficile à rassembler. Nous l'avons rencontré une fois, pendant une demi-journée.

Prénom	Emploi	Sexe
France	PDG	F
Patrick	Directeur commercial	M
Corinne	Directrice d'exploitation	F
Pierre	Responsable technique	M
Jean-Yves	Responsable conducteur	M
Michel	Responsable conducteur	M
Xavier	Responsable conducteur	M
Total	7	5 hommes 2 femmes

Tableau 4 : Les membres du groupe prévention addiction participant à l'étude

Les entretiens individuels

5 des 7 membres du groupe « prévention addiction » et 11 salariés volontaires, 10 membres de l'équipe du siège (direction, encadrants et employés) et un chauffeur ont été rencontrés en entretiens individuels de recherche. Les entretiens duraient de 1h à 1h30, en fonction des personnes et de leur disponibilité.

Situation de recherche	Nombre de personnes	Femmes	Hommes
Groupe ressource alcool	5	2	5
Entretiens individuels	11	5	6
Total	18	7	11

Tableau 5 : Synthèse des entretiens conduits dans l'entreprise du transport routier

1.3.4 Un établissement de santé et de soin en addictologie

1.3.4.1 Présentation de l'établissement de soin

Notre troisième structure partenaire est un établissement de santé, de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Il a été crée dans les années 50 à l'attention des fonctionnaires de la police et du ministère de l'intérieur en souffrance, malades ou blessés en service. Le but était de proposer des soins et une assistance pour les policiers et tous les agents en difficultés.

Aujourd'hui l'établissement n'est plus réservé aux fonctionnaires du ministère de l'intérieur. Il est autorisé à recevoir des patients au niveau national et territorial. Les patients sont des policiers, des gendarmes, des pompiers ou des agents pénitentiaires mais aussi (pour la moitié) des hommes et des femmes de la région.

Le centre emploie 40 salariés. L'équipe est pluridisciplinaire : médicale (un médecin généraliste et une addictologue), paramédicale et psychologique (des infirmiers et une psychologue), sociale (une assistante sociale, des policiers assistants médico-sociaux, une

éducatrice d'éducation physique adaptée, une éducatrice en art thérapie, une diététicienne) et administrative et hôtelière. L'admission des patients est prononcée par le directeur de l'établissement, après avis médical donné par le médecin chef de service et selon les indications précisées sur le dossier de pré admission.

L'établissement a 56 lits. Il propose des prises en charge longues (un à deux mois) de plusieurs types de souffrance et de maladies :

- Les conduites addictives
- Le burnout et la gestion du stress dans le cadre de l'épuisement professionnel
- Les soins de suite polyvalents
- L'accompagnement au maintien en autonomie physique et sociale
- La réadaptation à l'effort dans le cadre du retour en service
- Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- La préparation à la réinsertion familiale, sociale ou professionnelle (aide et soutien)

L'établissement, inscrit dans de nombreux réseaux sanitaires, participe aux actions de santé publique territoriale que lui autorise son statut. Outre le suivi médico-psychosocial, la prise en charge des personnes est structurée autour d'ateliers thérapeutiques (remise en condition physique, gestion du stress et des émotions, accompagnement à la qualité de vie, atelier mécanique, soins aux animaux, jardinage, etc.), de groupes de paroles, de séances d'informations et de débats (thèmes addictions) et de sorties thérapeutiques.

Le partenariat de recherche

Le partenariat avec cet établissement est né de la collaboration entre Natacha Leguen, directrice de l'établissement et Benoit Charon, trésorier d'Additra et dirigeant d'un centre d'équithérapie. En 2012, le centre de santé proposait des séances d'équithérapie aux personnes prises en charge. A la faveur des rencontres pour organiser ces séances, les échanges entre Natacha Leguen et Benoit Charon se sont intéressés aux patients et aux addictions. Au cours des discussions, la place du travail des patients (policiers, gendarmes, pompiers et autres métiers) dans leurs pathologies a été abordée à de nombreuses reprises. Intéressé lui-même par ces question (avec Additra mais aussi avec le cabinet de conseil qu'il dirige par ailleurs), Benoit Charon a présenté notre recherche à Mme Leguen. Celle-ci a

souhaité en savoir plus et nous a rapidement conviée à la rencontrer. A l'automne 2012, nous y avons passé une journée entre un long entretien avec Mme Leguen, des rencontres avec plusieurs membres de l'équipe médico-psychosocial et une visite de l'établissement. Le partenariat a été acté en janvier 2013. Il porte sur une collaboration de type recherche-action selon des modalités adaptées au fonctionnement du centre de soin et aux patients.

Les attentes de l'établissement

Les attentes sont formulées par la direction après discussion avec l'équipe pluridisciplinaire. Elles sont de deux ordres. D'une part la direction souhaite participer au développement des connaissances sur les interrelations entre le travail et les usages de substances psychoactives. D'autre part, elle souhaiterait que la recherche contribue à transformer le questionnement des patients et de l'équipe de soin sur ces liens et sur leur prise en charge.

1.3.4.2 La recherche-action

L'étude s'est déroulée sur 10 mois (entre février 2013 et décembre 2013). Elle s'est construite avec la direction, des patients et des membres de l'équipe thérapeutique. Nous étions la seule chercheure. Tout au long du partenariat, Natacha Leguen, directrice du centre de santé, est restée notre contact privilégié pour l'organisation et le suivi de notre travail. Nous avons séjourné à trois reprises dans l'établissement, pour des durées de trois jours. Nous étions en immersion, logée en pension complète dans les appartements réservés aux visiteurs ou aux familles. Nos déjeuners étaient pris dans le réfectoire de l'établissement, en compagnie des personnels avec lesquels nous discutions, les dîners étant pris dans notre appartement.

Les entretiens individuels

Nous avons rencontré 24 personnes en entretien individuel : 19 patients et 5 membres de l'équipe de soin. Parmi les patients 5 l'ont été deux fois, à 1 mois d'intervalle.
Les patients rencontrés étaient tous actifs (en arrêts maladie avec un emploi ou avec une perte récente d'emploi), usagers de substances psychoactives mais pas nécessairement avec dépendance et volontaires pour participer au projet. Les entretiens duraient de 1h30 à 2h30, en fonction des personnes.

Prénom	Emploi	Age	Sexe
Benjamin	CRS	33	M
Benoit	Employé des pompes funèbres	39	M
Bruno	Policier	43	M
Didier	Intérimaire	48	M
Françoise	Secrétaire	50	F
Frédéric	Pompier	39	M
Gérard	CRS	52	M
Gilles	Pompier	50	M
Isabelle	Agent de la paix	38	F
Jean-Pierre	CRS	41	M
Manuel	Major de police	51	M
Marc	Agent pénitencier	45	M
Marie	Agent de la paix	45	F
Mickaël	Gardien de la paix	35	M
Pierre	Chef-cuisinier	45	M
Pierre	Agent-technique	35	M
Rémi	Métallier	52	M
Rodolphe	Ingénieur-chef de projet	43	M
Roger	Agent de la CPAM	59	M
Total	19		16 hommes 3 femmes

Tableau 6 : Entretiens conduits avec des professionnels-patients de l'établissement de soin

Prénom	Emploi	Age	Sexe
Caroline	Médecin addictologue	45	F
Christian	Médecin généraliste	39	M
Jérémie	Policier assistant médico-social	33	M
Natacha	Directrice	50	F
Pauline	Infirmière	41	F
Total	5		2 hommes 3 femmes

Tableau 7 : Entretiens conduits avec des membres de l'équipe thérapeutique de l'établissement de soin

Situations de recherche	Nombre de personnes	Femmes	Hommes
Entretiens individuels (patients)	19	4	15
Entretiens individuels (équipe soignante)	5	2	3
Total	24	6	18

Tableau 8 : Synthèse des entretiens conduits dans l'établissement de soin

1.3.5 Une fédération du champ de l'addictologie

1.3.5.1 Présentation de la fédération

Notre quatrième structure partenaire est une fédération du champ de l'addictologie, « un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions ». Elle fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques depuis une quarantaine d'années. Elle fonctionne en unions régionales ou inter régionales (14 au total) autour de délégués élus par les adhérents de leur région. Les délégués régionaux sont membres de droit du conseil d'administration national. L'objet de la fédération est de former un réseau national représentatif de l'addictologie.

Pour cette fédération « les conduites addictives font partie de la vie et la société doit élaborer des réponses adaptées, car les phénomènes d'addiction ne peuvent être isolés du contexte social, culturel, politique et économique dans lequel ils s'inscrivent ». Elle se fixe pour orientation de :

- Bâtir une expertise pour interpeller la société
- Reconnaître la place prépondérante des usagers
- Renouveler le regard et les pratiques des professionnels
- Privilégier la construction collective des réponses

Concrètement, ses missions sont de regrouper les acteurs de l'addictologie, de réfléchir aux évolutions et au sens de l'action, de soutenir le réseau dans son organisation et de représenter ses adhérents auprès des décideurs. Quel que soit le projet, la méthode de travail de la fédération est toujours la démarche participative. Les adhérents sont à la fois acteurs et bénéficiaires des réflexions et productions engagées collectivement. Cette méthode vise à capitaliser les pratiques professionnelles de terrain pour les « transformer » et les valoriser comme expertise collective.

Le partenariat de recherche

Le partenariat avec cette fédération est né d'une démarche volontariste de notre part, nous misions sur cette collaboration depuis notre inscription en doctorat. Nous la connaissions de réputation pour l'approche compréhensive et participative qu'elle mobilise dans ses travaux, l'ampleur de son réseau en addictologie et la place accordée aux débats théoriques et pratiques. En janvier 2012, nous avons sollicité un rendez-vous avec l'équipe dirigeante que nous ne connaissions pas à l'époque. Nous avons été reçue par six personnes : la directrice générale de la fédération, le président, un vice-président, l'administratrice référente sur la question du travail et deux chargés de mission du siège national. Les échanges ont porté sur les connaissances scientifiques, et sur celles des personnes présentes, autour de ce qu'il est commun d'appeler à la Fédération le « Monde du travail ». Le président a résumé la situation institutionnelle sur cette question en ces termes

> « *Personnellement je considère que je n'y connais rien et que, d'une manière générale, nous sommes mauvais sur cette question à la Fédération* ».

Le travail n'était pas une notion totalement étrangère pour la fédération, différents groupes avaient avancé sur cette question depuis plusieurs années. L'idée du président, reprise par la directrice générale, était qu'au regard du niveau de maîtrise scientifique et pratique sur les autres « mondes » (soin, réduction des risques, accompagnement, substitution, rue, prison, etc.), la fédération souffrait de profondes lacunes sur le travail. A la fin de l'entretien, l'accord était donné et l'engagement pris pour un partenariat actif à long terme : diffusion de l'information sur le site de la fédération, recherche de contacts pour les entretiens individuels et collectifs, collaborations à construire pour la valorisation des résultats, réintroduction de la question du travail à l'agenda de la fédération pour l'année suivante (2013 et suivantes). Décision est prise de faire voter en conseil d'administration la mise en route et le financement d'un groupe de recherche-action interne.

Les attentes de la fédération

Les attentes de l'équipe dirigeante sont multiples. La direction souhaite participer à la production de connaissance sur les interrelations entre le travail, les usages de psychotropes et les pratiques de prévention. Du point de vue des pratiques, elle vise aussi le développement de son expertise sur la question du travail pour améliorer les pratiques de la fédération sur le terrain et pour mieux interpeller la société. Financièrement, l'équipe dirigeante inscrit cette collaboration dans une logique de prise de marchés sur le terrain des entreprises et des réseaux

santé au travail et prévention des risques professionnels. Cette orientation est attendue par les structures adhérentes qui espèrent pourvoir gagner de nouveaux contrats dans une période de diminution des subventions dédiées à la prévention.

Politiquement, la collaboration à notre recherche (financée en partie par la MILDECA, via le projet Prevdrog-Pro, rappelons-le ici) est le moyen pour la fédération d'être repérée comme s'intéressant à la question du travail. Ce thème est une des rares questions du champ de l'addictologie pour laquelle la fédération n'est pas l'interlocuteur privilégié des pouvoirs-publics. C'est une autre grande association nationale concurrente, très médico centrée, qui est le référent historique sur cette question. Notre partenariat de recherche est l'opportunité pour la fédération de déborder cette association non pas sur le terrain de l'expérience (l'association est très impliquée auprès des pouvoirs-publiques depuis plus de 130 ans et dans les entreprise depuis les années 70) mais sur celui de la recherche et de l'innovation sociale.

1.3.5.2 La recherche-action

Le projet de recherche a été présenté au conseil d'administration en décembre 2013. Entre temps, en juin 2013, nous avions été nous-même élue administratrice de la fédération, dans le cadre de notre présidence d'Additra (association elle-même adhérente de la fédération). Décision a été prise qu'un appel à candidature soit lancé dans les délégations régionales pour constituer un groupe de travail dont le fonctionnement (frais de mission) sera financé par le siège de la fédération. Le groupe s'est constitué dans l'année 2014 et la première réunion s'est tenue en janvier 2015.

Le groupe est constitué de 13 personnes de fonctions et d'origines institutionnelles très différentes. Nous appartenons à ce groupe au titre de chercheure et d'administratrice de la fédération. Administrativement nous avons une fonction d'animation du groupe et de lien avec le conseil d'administration.

Prénom	Emploi	Institution *(Département)*	Sexe
Corine	Administratrice *Animation du groupe*	Association de prévention en milieu professionnel *(76)*	F
Françoise	Directrice	Association de prévention *(75)*	F
Gladys	Administratrice *Animation du groupe*	Additra *(75)*	F
Isabelle	Médecin addictologue	CSAPA* *(44)*	F
Laurence	Chargée de prévention	CSAPA* *(13)*	F

Marc	Éducateur spécialisé	CSAPA* *(88)*	M
Myriam	Chargée de prévention	CSAPA**(76)*	F
Pascale	Chargée de mission	Le siège national de la fédération (75)	F
Patrick	Directeur	CSAPA* *(41)*	M
Pauline	Infirmière	CH *(84)*	F
Pierre	Médecin addictologue	Addictologue retraité *(75)* Ancien président de la fédération	M
Valérie	Infirmière	Centre hospitalier *(84)*	F
Virginie	Chargée de prévention	CSAPA* *(77)*	F
Total	13		3 hommes 10 femmes

* CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en alcoologie

Tableau 9 : Les membres du groupe « Monde du travail » de la Fédération addiction

La mission de ce collectif pluridisciplinaire est de produire une réflexion sur la manière de prendre en compte, ou non, le travail dans ses propres pratiques de soin et/ou de prévention en addictologie et plus généralement dans les services auxquels les membres du groupe appartiennent. Dans le cadre de la recherche-action et de la conduite de leurs missions, les membres du groupe ont accepté d'utiliser le récit de vie et l'analyse biographique comme démarche de travail. Cette méthode est inhabituelle pour la fédération qui utilise généralement la méthode de gestion participative de projet. La recherche se déroule depuis janvier 2015. Initialement prévu (et financée) sur 18 mois et 6 réunions, elle dure depuis 24 mois et 8 réunions (une par trimestre). Depuis mi 2016, chaque institution employeuse des membres du groupe finance leur participation. 3 personnes ont abandonné le projet pour des raisons de changement d'emploi, de manque de disponibilité et de santé.

1.3.6 Les sujets hors partenariat

Les entretiens individuels

En dehors des personnes rencontrées (individuellement ou collectivement) dans le cadre de nos quatre terrains-partenaires, nous avons recruté 23 sujets disposés à participer à notre recherche et à exposer leurs expériences de travail et d'usages de drogue. 6 personnes ont été rencontrées par Renaud Crespin et 17 par nous-même.

Prénom	Emploi	Age	Sexe
Aline	Chargée de mission	30	F
Béatrice	Architecte	42	F
Catherine	Dirigeante d'un cabinet de conseil	45	F
Didier	Médecin	52	M
Emmanuel	Intermittent du spectacle	49	M
Fabien	Consultant-Formateur	31	M
Franck	Directeur général	40	M
François	Rédacteur en chef	51	M
Françoise	Secrétaire de rédaction	51	F
Laurence	Enseignante	50	F
Luc	Conteur/ouvrier	35	M
Manuel	Ouvrier	35	M
Marie	Comédienne	28	F
Marie	Infirmière du travail	43	F
Marjorie	Chargée de mission	26	F
Martine	Médecin addictologue	59	F
Matthieu	Chef de travaux	35	M
Nathalie	Assistante de direction	48	F
Patricia	Médecin du travail	52	F
Paul	Médecin du travail	47	M
Roberto	Maquettiste	47	F
Sylvie	Journaliste	47	F
Valérie	Employée-caviste	30	F
Total	23		14 femmes 9 hommes

Tableau 10 : Entretiens individuels hors partenariat

Les contributions au forum « Drogues et travail »

Entre 2014 et 2016, parallèlement à notre recherche-action a proprement parlé (entretiens individuels et collectifs et activités participantes de recherche) nous avons étudié les échanges de 32 contributeurs du Forum « Drogues et travail » du site Psychoactifs.org. Ce site internet est un espace où les usagers de drogues se rencontrent et se soutiennent dans une dynamique communautaire de soutien et de reconnaissance et de réduction des risques.

Alias	Emploi	Sexe
Alcolox	*Nr**	M
Babaji	*Nr*	M
Benoît	Commercial	M
Big horse	*Nr*	M
Drugstore Cowboy	*Nr*	M
El Tonio	Couvreur, échafaudage	M
Jahmali	Employé	M
Junkfood	Webmaster	M
Kozik	*Nr*	M
LLoigor	Téléopérateur	M
Mikykeupon	*Nr*	M
Miss Tique	Infirmière	F
MissTrip	*Nr*	F
Mister No	*Nr*	M
Mister X	Bûcheron	M
Mistouflette	*Nr*	F
Niglo	Soignant en addictologie	M
Onirik	*Nr*	M
Papajumba	*Nr*	M
Polo 187	Métier de la santé	M
Prescripteur	Médecin	M
Psychodi	Soignant en addictologie	M
Raatus	Infirmier	M
Rico Le Sudiste	Infirmier	M
Ricozon	Ingénieur - Modérateur Psychoactif	M
Sativa	*Nr*	M
Shaolin	Modératrice de Psychoactif	M
Snoopy	Infirmier	M
Speedygonz	Soignant en addictologie	M
Stelli	*Nr*	F
Victor5fly	*Nr*	F
YourLatestTrick	Métier du social	M
Total	32	27 hommes 5 femmes

(*) Nr : Information non renseignée

Tableau 11 : Contributeurs au forum « Drogues et travail » du site Psychoactif

ÉTUDE DE CAS : Miss Tique, infirmière

Miss Tique

« je ne sais pas exactement ce que j'attends en écrivant ce message, mais je ressent le besoin d'écrire pour poser un peu ma situation et ce qui me pèse.. je suis dans le milieu médicale, infirmière, mais aussi toxicomane.. deux choses incompatibles?? j'ai tjs réussi à faire avec, ça ne m'a jamais trop gêné jusqu'à il y a peu de temps.

j'ai commencé un ttt méthadone depuis plus d'un an. et ça se passe plutôt pas trop mal, sauf que j'ai commencé pour compenser à "piquer dans les charriots" et la je m'en veux bcp. je sais que je risque mon poste, mon diplôme, ma fierté dignité, mais j'ai fais l'erreur de piquer de l'hypnovel, midazolam (on en trouve qu'en milieu hospitalier en france) et j'ai bcp de mal à m'en débarrasser.

j'en ai honte, c'est qque chose qui me pèse bcp, je me fais peur, et quand j'ai commencé ce métier j'étais loin d'imaginer que j'en arriverai là j'aime mon métier, j'y tiens et j'en ai besoin. le truc c'est que j'arrive à tenir quelques temps sans rien "piquer" mais au bout de quelques semaines je suis envahi, obsédée par l'hypnovel et je fini par en reprendre. j'ai finis par en parler à mon medecin qui me suit pr la métha (chose très difficile à avouer) et heureusement il n'est pas du tout dans le jugement, et je dois commencer une thérapie pr régler le fond.

en attendant je galère. je vis dans la peur d'être découverte par mes collègues et la honte de faire ce que je fais et d'en arriver la. aujourd'hui ça doit faire 2 semaines que je n'ai rien pris (mais du coup conso d'héro à coté) et je vais essayer de tenir... je viens de lire le témoignage de mandraguore, aussi IDE et rien que ça ça me rassure un peu, et ouai je comprends faire une OD en plein boulot ça doit pas être facile de rebondir après ça, surtout que bcp de soignants sont quand même catégorique en ce qui concerne les UD (dans les services techniques du moins, mais faut pas généraliser non plus). Mais d'un autre coté, c'est peut être quelque part un soulagement, tes collègues sont au courant, et tu peux leur prouver que ça ne fais pas de toi une mauvaise IDE au contraire. et pas obligé de cacher tes cicatrices sur les bras? d'un coté c'est peut être un peu libérateur non? et les connards qui te jugent, ba laisse les parler, ce sont des connards ! la base du soignant c'est la tolérance ... voila, encore une fois je ne sais pas ce que j'attends en écrivant ce message, peut être d'autre témoignage de soignant qui sont dans le même cas, ça me rassurerais de savoir que je ne suis pas seule

Réponse de Fabrice à Mis Tique

Le jeu qui n'en ai pas un n'en vaut pas la chandelle. A te lire, Miss Tique j'imagine bien le merveilleux effet qui pro cure l'hypnovel, mais les risques d'être découverte sont rééls, tu risques ta carrière professionnelle et peut-être aussi je suppose une interdiction d'exercer. Tu as choisi une profession qui manipule du vivant, des être humains qui mettent leur vie entre les mains des personnels soignants, aussi tu te dois d'avoir une étique irréprochable et être aussi lucide que faire ce peut. Il y a un temps pour les drogues, le temps de la récréation et un temps pour l'exercice de ta profession. Je ne saurais que trop te conseiller de perdre de vu en effet ce produit.

Réponse de Nurse à Mis Tique

soignant moi aussi (eide en 3e année) j'ai a faire face aux même tentations que toi. La solution que j'ai choisi c'est de ne pas travailler dans des lieux où la gestion des médicaments et de la pharmacie n'est pas informatisée. Evite toute allusion de près ou de loin a tes consommations, mais aussi sur les effets en général. Des fois ça plaisante la dessus, écoute, mais ne dis rien. Ca peut attirer les soupçons. Mon addictologue m'a dit un jour que la toxicomanie médicamenteuse n'était pas quelque chose de rare chez les infirmier(e)s. Le plus souvent ce sont des hypnotiques qui sont consommés. Ne pense pas que le midazolam n'a pas de conséquence sur ton travail parce que tu vas le consommer le soir. Il est très amnésiant et cet effet est cumulatif. Plus tu en consommes souvent, plus tu vas de flinguer la mémoire immédiate. J'ai du changer de voie d'aministration (de iv à intrarectal) pour pas me laisser de marques. Je n'ai plus jamais refait d'iv au boulot après qu'avoir poussé 2 ampoules de topalgic ça a saignoté et j'ai du resté le bras croisé tout le temps que la cadre nous faisait son speech dans le poste de soin. Un tel mélange de honte et de trouille. Je te souhaite de ne pas avoir à t'approcher trop de la ligne rouge pour réagir. J'ai eu beaucoup de chance et je ferai tout pour que ces histoires appartiennent au passé. Si comme moi ce métier t'est quelque de chose de très précieux, précieux au-délà d'un simple travail, mets toi cette barrière infranchissable. Bisou et bon courage !!

Miss Tique

pr fabrice, quand tu me dis "Il y a un temps pour les drogues, le temps de la récréation et un temps pour l'exercice de ta profession." j'en suis consciente et je le répète : je ne consomme

rien au boulot, à part ma méthadone que je prends le matin. j'insiste la dessus parce que c'est pas parce que je suis UD que je suis complètement irresponsable et que je suis une mauvaise soignante! je maitrise mon boulot sans vouloir prendre la grosse tête non plus je ne suis pas parfaite mais jusque là je n'ai eu que des retours positifs de la part de ma cadre...

pour nurse, je n'envisage absolument pas de parler de mes addictions à mes collègues!! loin de là ! je ne veux pas être étiquetée "toxico" même si je pense que certains collègues ne seraient pas dans le jugement mais je ne prendrais pas le risque c'est claire. je parlais pour mandragore, qui est dans un cas différent ou ses collègues sont au courant de ses addictions, et je pensais que quelque part, cela peut être un soulagement, il faut essayer de voir le bon coté des choses!!
je suis d'accord avec toi seba59, mon médecin m'a prescrit du xanax... je suis un peu réticente mais si ça peut m'aider à éviter d'en piquer je suis preneuse... et la prochaine fois que je le voit je vais lui demander les coordonnées d'un psy pr entamer le vrai problème de fond »

Chapitre 2. Analyse de la revue de littérature

Notre état de l'art de la littérature scientifique et institutionnelle organise nos recherches documentaires autour de nos axes d'investigation :

- Les caractéristiques et le rôle des organisations du travail dans la santé et l'usage de psychotropes des sujets-travaillants.
- L'usage des drogues par les travailleurs comme un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi.
- Le rôle et les effets des psychotropes dans l'activité de travail.
- La prévention conduite par les entreprises, l'activité des différents acteurs impliqués et leurs effets sur le travail et l'usage de drogues.
- Les fonctions et les intérêts de l'approche clinique sur l'activité de travail et l'usage de psychotropes.

Cette revue est organisée en quatre parties qui retiennent et organisent les connaissances et les discussions théoriques ainsi que les données institutionnelles et les débats dans les pratiques, observés comme majeurs sur nos axes d'investigation et du point de vue de notre perspective compréhensive et clinique :

2.1 Le système de normes du travail contemporain

2.2 Domination du paradigme addictologique

2.3 Problématisation des liens entre les usages de psychotropes et le travail

2.4 La prévention des conduites addictives en milieu professionnel

Ces quatre intitulés décrivent les principales connaissances et approches à l'œuvre, quand bien même celles-ci ne sont pas les nôtres. Nous observons et analysons notamment ici la primauté de l'idée de « conduite addictive » (ou addiction) VS l'usage de psychotropes, dans le champ du travail (comme du sanitaire et social). Le sens et l'implication pour la connaissance et l'action, des données et des perspectives étudiées ici, seront croisés avec les résultats de nos terrains d'étude et discutés dans notre troisième partie.

2.1 Le système de normes du travail contemporain

Dans cette partie, nous investiguons les caractéristiques des organisations contemporaines du travail et des méthodes de management ainsi que leurs interrelations avec les acteurs et avec la santé. Dans un premier temps, nous observons la centralité d'un système de normes, que nous qualifions de « totales », et d'une dynamique de tensions et d'usure associée. Dans un second temps nous étudions le système de prévention des risques professionnels et de santé de ces mêmes organisations du travail.

2.1.1 La centralité de la gestion et de la productivité

2.1.1.1 La gestion

Trivialement, le dictionnaire Larousse (Larousse.fr, 2016) décrit la gestion comme « Action ou manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose ; administration d'une entreprise soit dans sa globalité, soit dans une de ses fonctions ». Dans les années 80 et 90, Henry Mintzberg (2004), professeur de management et chercheur en sociologie des organisations, définit la gestion autour du vocable de management. Mintzberg n'invente pas ce vocable, il le popularise dans son ouvrage de référence (Le management, 1998/2004) en le décrivant tout à la fois du coté de ses visées instrumentales (division du travail en tâches et coordination de ces tâches) et de la matérialité nécessairement inventive et rusée de ses activités. Il souligne l'importance pour le management de prendre en compte les dimensions de rationalisation autant que les dimensions humaines plus incertaines de mise en œuvre. Dans une approche compréhensive, Mintzberg pointe « (…) quelque chose qui se situe en dehors des processus « analytiques » et « rationnels » qui furent si longtemps favorisés dans ce domaine (…) un processus plus obscur mais non moins important que l'on nomme l'intuition. » (p.19). D'après lui, les « deux processus d'analyse et d'intuition peuvent être couplés afin de jouer un rôle plus efficace dans le cadre des organisations complexes. » (p.20). Si les vocables de management et de manager dominent aujourd'hui les discours gestionnaires, la pensée complexe de Mintzberg est mise en minorité dans les pratiques. Dans l'édition augmentée de « Le management » (2004), ce chercheur s'alarmait déjà des dérives

d'une gestion et de managers standardisés, coupés du sens du réel et de ses ajustements inévitables.

> « (…) *la tendance actuelle de nos universités de management à former des diplômés de MBA plutôt que des managers. Je démontre ici, et j'insiste à nouveau sur ce point dans la conclusion de ce livre, que cela n'est pas sans conséquences dramatiques sur nos organisations, en minant les bases mêmes de leur efficacité sociale et économique*. » (p.20).

A la même époque, les travaux des ergodisciplines sur la gestion rejoignent les analyses de Mintzberg. Hubault (2005), notamment, porte son regard sur les rapports entre la gestion des ressources humaines, l'activité et la complexité. Citant Midler, il propose de définir « l'activité de gestion comme « une activité de réduction de la complexité dans des situations de gestion » (Midler dans Orléan, 1994) » (p.1). Les observations de Hubault complètent celles de Mintzberg. D'après lui, la projection et les outils de la rationalité gestionnaire portent une certaine « manière de voir » qui, comme nous l'avons précédemment développé, ne peut se superposer exactement aux « manières de faire » de la production, ni même du management. Se pose alors, aux travailleurs, et à la gestion « le problème de ce qu'elle laisse échapper, inévitablement » (p.1). Hubault souligne que l'action de simplifier le réel pour mieux en maîtriser l'incertitude peut s'avérer contre-productif, pour la production et pour la santé des opérateurs. Cela masque nombre des dimensions du « vrai travail » (Schwartz, 2008) et ce sans être nécessairement au fait de la centralité de ce qu'elle omet.

Le constat est qu'aujourd'hui, malgré des manquements, cette pensée domine largement le pilotage des organisations professionnelles contemporaines, privées et publiques (Gaulejac, 2010 ; Le Goff, 2000, 2006). La question se pose de savoir comment elle se maintient à un tel niveau de domination. Boussard (2008) apporte des éléments de réponse du coté de l'analyse des dynamiques sociales. Pour cette sociologue, la gestion constitue « une forme sociale de conduite des organisations qui combine des modalités d'organisation et de division du travail », comme souligné par Mintzberg et Midler, mais aussi « d'obéissance et de conformité, de surveillance et de sanction ». La prescription normalisée, l'obéissance et le contrôle associés, structurent toutes les actions managériales et productives, autant les discours que les pratiques. Pour Boussard, cette situation n'est pas une réalité ex nihilo mais le fruit d'une rationalité productive particulière, « une idéologie qui a fait irruption avec le capitalisme industriel moderne. Elle lui est consubstantielle ». Des travaux complémentaires

montrent que, outre la dynamique de conformité et de surveillance, la gestion contemporaine du travail, construit aussi sa légitimité sur l'idée que les intérêts de l'employeur et du salarié se rejoindraient, que les conflits de logiques se solderaient, dans le cadre d'une prescription précise et totale du travail et de son respect strict de part et d'autre. Cette approche du travail se justifie et se nourrit des sciences positivistes et l'affirmation d'une rationalité qui concourait à des intérêts communs, à la performance et à la juste rétribution des efforts (Boussard, 2008 ; Lallement, 2007, 2010, 2011 ; Meda, 2015). L'idéologie contemporaine du travail et des relations de subordination est désormais une « conception productive et instrumentale du travailleur » (Billiard, 2011) et aussi du dirigeant.

Dans les faits étudiés par les ergodisciplines, nous observons que ce n'est pas la norme qui organise le travail des dirigeants et des opérateurs, c'est le travail réel lui-même. Pour Hubault (2005), se couper de sa connaissance c'est se couper de la véritable performance de l'entreprise et donc des arguments de légitimité de la gestion

> *« C'est dans la manière dont tout ça tient ensemble que se joue la performance RH. C'est bien cette manière qui fait problème, par déficit de pensée, de savoir, d'échange sur ce qui peut l'assurer plus fermement que la seule rhétorique du discours ou de la croyance »* (p.8).

Le travail réel ne s'inscrit pas dans la prescription, dans une logique linéaire et lisse. Nous l'avons largement développé, il est constitué de conflits de logiques, de souffrance, d'ambiguïtés et d'efforts qui dans le cadre des régulations et des stratégies de santé peuvent parfois être à l'opposé de ceux imaginés par les ingénieurs concepteurs. La réalité du travail et de ses effets peut prendre une forme très éloignée des descriptions faites par les gestionnaires et les ingénieurs qualité et méthodes. Avec cet écart, incontournable rappelons-le (Schwartz, 2008), c'est toute la légitimité de la gestion qui est remise en question. Si la gestion ne rend pas fidèlement compte de la réalité, se pose à nouveau la question de la performance et de la justice de la rétribution et des efforts réellement consentis. Les écarts entre le réel et les projections et les données officielles peuvent paraître si contradictoires, parfois si accusateurs, au regard des déclarations et des responsabilités des donneurs d'ordre que ces derniers se ferment à toute investigation qui établirait les faits tels qu'ils sont et qui en chercherait ouvertement les causes (Volkoff, Lhuilier). La dynamique managériale contemporaine entretient « un rapport maudit avec le quotidien. C'est leur maillon faible » (Hubault, 2005, p.8). Dans ces conditions et du point de vue des approches compréhensives du travail, l'organisation gestionnaire du travail est une « illusion » (Le Goff, 2004).

Ce constat est largement partagé dans les travaux issus des ergodisciplines mais le paradigme du travail réel est marginalisé (quand il n'est pas réfuté) par les entreprises et les pouvoirs-publiques. Une grande partie des connaissances exposées et analysées dans notre cadre théorique reste peu utilisée, voire pas du tout, dans les organisations productives. L'activité, la subjectivité, les tensions ressources/contraintes, la souffrance, les régulations et les stratégies, sont des notions reléguées du côté du sujet « privé ». Celles qui participent à la gestion (de la production et des risques) sont des critères standardisés, chiffrés : la norme, la conformité, la productivité et le risque acceptable.

2.1.1.2 La productivité

Les efforts de productivité de l'organisation du travail et des travailleurs sont au centre des débats et des négociations dans les entreprises et les fonctions publiques. Du point de vue des tableaux de bord gestionnaires, le travailleur est une charge. La visée de la productivité est de diminuer la valeur de cette variable. Dans cette logique prioritaire, le pilotage des entreprises ne focalise pas son attention sur l'analyse et l'organisation du travail vivant mais sur la mesure et l'optimisation comptable de la « ressource humaine » (Le Goff, 2006). L'administration de la productivité se construit du coté de la projection et de la maîtrise : objectifs chiffrés et maîtrise des coûts, des moyens, des hommes et des résultats. Ses pratiques se rabattent du côté de la prescription : procédures, démarches qualité, marketing, valeurs énoncées de l'entreprise, etc. et de la surveillance et de la mesure. Gaulejac observe un fait plus récent, l'administration de la productivité passe aussi par la maîtrise des cadres. L'obéissance de l'encadrement opérationnelle est aujourd'hui privilégiée à la qualité d'analyse du réel et de créativité. L'observation du travail n'est plus la connaissance, sans jugement ni arbitrage, de la situation mais une évaluation au regard des chiffres et des normes (Boussard, 2008). Avec les effets de leurre quant à la performance réelle et à la peine concédée que nous avons soulevés précédemment.

Les efforts de productivité sont généralement négociés sur la garantie des bénéfices de la croissance en termes de salaires et de niveau de vie (Billiard, 2011). En 2016, face à la mondialisation et au chômage de masse, c'est plus que jamais la productivité qui se négocie mais autour de la garantie de l'emploi et de moins en moins sur sa rétribution (Omnès, Méda). Pour Christophe Dejours (2004), le couplage productivité/sous-emploi confisque une partie des libertés individuelles et du droit à la santé

« *Pour la plupart des gens ordinaires, accéder à un emploi et le conserver, même lorsqu'il engendre une surcharge de travail et fait courir des risques pour la santé, résultent de la « discipline de la faim. Le travail est un gagne-pain, d'abord !* »

Pour imposer de telles conditions, la gestion en appelle au refoulement du réel et à l'intériorisation des ses normes (la compétition interne, la surveillance généralisée, le déni, le refoulement, etc.) qui s'opère par des apprentissages variés de « conformisation » et de « soumission » (Boudon dans Demeulenaere et Viale, 2001). Face aux non-conformes, aux in-casables, aux insoumis et aux résistants, elle en appelle à l'exclusion : placardisation (Lhuilier, 2002), licenciement, démission ou décompensation physique ou psychique (Pezé).

Le travail est aujourd'hui au cœur de la dynamique générale de standardisation des conduites humaines. A l'instar de ce que nous avons observé pour la santé et la politique générale des drogues en France, le pouvoir de la mesure et de la norme chiffrées s'impose comme difficilement discutable en milieu professionnel. A ce stade de notre compréhension du travail contemporain, plusieurs questions se posent à nous. Quelles sont les normes qui organisent le travail et, se faisant, les tensions du travail ? Comment procèdent-elles concrètement et avec quels effets, dans et sur le travail, dans et sur les travailleurs ?

2.1.1.3 La norme

La norme est incontournable pour comprendre les déterminants du travail (Daniellou, 1996). Sa prégnance nous invite à la définir, tant du point de vue de sa signification que de sa trajectoire dans les entreprises. Étymologiquement, ce terme provient de norma (latin) qui signifie « équerre » et au figuré « règle » et « modèle » (Littre.org, 2016). Historiquement la norme est une notion philosophique et éthique, elle organise l'ordre social autour de la centralité de l'homme (Cornu, 2009). Aujourd'hui, elle se construit d'avantage dans le champ de la rationalité, autour de l'idée de mesure et d'homogénéité. La norme est une « règle fixant les conditions de la réalisation d'une opération, de l'exécution d'un objet ou de l'élaboration d'un produit dont on veut unifier l'emploi ou assurer l'interchangeabilité. » (Larousse.fr, 2016). Ne se présentant plus comme valeur, « la norme semble se réclamer de faits, supposés plus têtus, dans les discours et les pratiques » (Cornu, 2009, p.31). Ce n'est plus la raison philosophique qui l'emporte, ni même qui nourrit la production de normes, ce sont les sciences de la mesure (l'épidémiologie, l'économie, la médecine, l'informatique) et le contrôle social.

Pour exposer les normes de l'organisation du travail, nous proposons de mobiliser la typologie décrite par Laurence Cornu (2009). A partir des travaux de référence de Merleau-Ponty et de Canguilhem, Cornu relève trois définitions, à la fois théorique et pratique, de la norme (p.30) :

- La norme comme valeur collective : sa légitimité n'est pas sa pureté mais son effet mobilisateur. Le « normal » est ce qui se conforme à la valeur commune.
- La norme comme fréquence statistique : elle se calcule statistiquement. La norme est « scientifique » (chiffres et tableaux, fréquences, etc.).
- La norme comme format standardisé : la norme est une forme « standard ». Le normal est le conforme au format standard.

Selon cette perspective, croisée à notre approche compréhensive du travail comme question d'activité et de subjectivité, décrire l'organisation « normale » du travail revient à la caractériser conjointement par les prescriptions du travail et les tensions associées (créatrices, anxiogènes et/ou pathogènes) entre prescriptions et ressources collectives pour les atteindre, sous trois angles chacun (Cornu, 2009) :

- Les principales valeurs collectives de la gestion du travail.
- Les formes statistiquement majoritaires d'organisation du travail.
- Les formats « standards » d'organisation du travail préconisés.
- Les principales valeurs collectives des tensions du travail
- Les formes statistiquement majoritaires des tensions du travail.
- Les formats « standards » des tensions du travail

Dans notre perspective, la souffrance au travail n'est pas une caractéristique des travailleurs mais de l'organisation officielle du travail et de ses normes. Nous interrogeons les formes de tension au regard des formes de travail.

2.1.2 Essai de caractérisation de la gestion comme système de normes et de tensions interreliées

Par définition, « Les pratiques gestionnaires postulent qu'une organisation peut être maîtrisée, au sens où les comportements et les actions des différents éléments, humains et non humains, peuvent être connus, calculés, prévus, ajustables » (Boussard, 2008). Pour tenter de comprendre l'organisation contemporaine du travail, nous avons étudié les outils, les ressources et les effets des calculs, des prédictions et des ajustements de la gestion. En étudiant les différentes formes d'organisation prescrites du travail décrites dans les références de notre revue de littérature, nous avons identifié cinq grandes normes de gestion que nous qualifions de « totales » c'est à dire des normes répondant simultanément aux trois définitions précédentes (formes majoritaires, standards préconisés et valeurs collectives) (Cornu, 2009) et un système de tensions normes/ressources associées.

Nous proposons de modéliser nos résultats sous forme d'un système global en restituant les normes de la gestion et leurs tensions associées :

- les grandes normes
- les tensions (normes/ressources) associées
- le couplage des cinq normes entre elles et avec les tensions

Les caractéristiques de la gestion contemporaine du travail	
Normes	**Tensions**
Flexibilité	Précarisation, souffrance, isolement
Qualité totale (normalisation totale)	Déni collectif (falsification du réel), souffrance, défense
Intensification	Hyperactivité, souffrance, défense, maladies
Autonomie (Individualisation des responsabilités)	Souffrance au travail, précarisation, isolement
Gestion par les compétences	Isolement, émiettement des collectifs

Tableau 12 : Les caractéristiques de la gestion : normes et tensions interreliées

Nous observons que plus les entreprises sont grandes, ou si elles sont sous-traitantes de grands systèmes industriels, plus ces six caractéristiques (normes de travail/tensions dans la santé) se retrouvent (Le Goff, 2006). Sous l'impulsion de la Modernisation de l'action publique (appellation depuis 2012 de la Révision générale des politiques publiques lancée en

2007), ces partis-pris organisationnels et managériaux, et leurs effets en terme de tensions, caractérisent désormais les services de l'État, des fonctions publiques territoriales et hospitalières.
Nous allons détailler nos résultats, norme/tension majeure par norme/tension majeure.

2.1.2.1 Flexibilité et précarisation

La flexibilité est une stratégie de gestion qui vise à pouvoir ajuster rapidement les moyens humains aux exigences variables de la production. L'enjeu est de transformer les coûts fixes en coûts variables, adaptables au jour le jour (Brangier, Lancry et Louche, 2004). Les entreprises tendent à diminuer la proportion des employés en contrat à durée indéterminée au profit des salariés flexibles (intérimaires, temps partiel et/ou à durée déterminée) et de la sous-traitance (Auer et Cazes, 2003 ; Vallas, 1999 ; Kalleberg, 2003 ; Lallement, 2010). Le principe de base consiste à conserver en interne une épine dorsale de métiers, de responsabilités et de savoir-faire (Auer et Cazes, 2000, 2003 ; Vallas, 1999) et à externaliser le plus possible de fonctions périphériques et de tâches pointues coûteuses. Sous l'effet de la standardisation (cette norme est étudiée dans le paragraphe suivant) presque tous les métiers sont externalisables (sous-traitables) : les fonctions de fabrication, d'entretien, de restauration, de sûreté, le système informatique, la comptabilité, etc. Au début des années 2000, un tiers des petites entreprises industrielles françaises (0 à 19 salariés) effectuent des travaux de sous-traitance. Souvent très spécialisée, une sur trois réalise plus des 2/3 de sa production pour ses trois premiers clients. Plus de quatre petites entreprises sur dix confient des travaux à d'autres sous-traitants (Lallement, 2010).

La flexibilité se retrouve dans la nature des contrats mais aussi au niveau des lieux de travail (Rochefort, 1997) et du temps de travail. Le salariat tendait à « normer » les lieux et le temps de travail autour de contraintes légales, la flexibilité abolit ces normes. Elle tend à introduire de la variabilité selon les individus, les métiers, les contrats, les saisons, les clients, etc. La flexibilité

> « *prise comme capacité à s'adapter rapidement aux circonstances, s'exprime à la fois au niveau des contrats de travail, au niveau des lieux de travail, au niveau des horaires de travail, au niveau des structures organisationnelles, au niveau des*

technologies et au niveau de l'individu lui-même » (Brangier, Lancry et Louche, 2004, p.34).

Cette flexibilité du travail n'est pas toujours mal vécue par les travailleurs. Elle permet à certains de choisir leurs horaires et leur lieu de travail, de mieux articuler leur système d'activités (vie privée, vie professionnelle), de changer régulièrement de poste et d'employeur. Mais, à de rares métiers près (bâtiment, restauration, métiers saisonniers, infirmiers), la flexibilité du travail n'est malheureusement pas celle de l'emploi et à la liberté d'organisation peuvent aussi s'adosser des formes d'intensification du travail et d'hyperconnexion. Pour certaines catégories de professionnels, les versions mobiles de TIC (technologie de l'information et de la communication) permettent de décloisonner les limites de l'espace et du temps de travail. Selon Cyndi Felio (2015), « la connexion permanente se serait muée en véritable « règle implicite de travail » (Bobillier-Chaumon, 2012, p. 118) » (p.241) pour les cadres. Ces derniers confirment le lien entre usage professionnel des TIC, intensification du travail, fragmentation des tâches et surcharge informationnelle (Kenyon, 2010 ; Circella et coll., 2012 dans Felio, 2015).

Globalement, Negura et ses collaborateurs (2012) constatent que les grands groupes ont imposé des stratégies de flexibilité et d'externalisation de coûts de main d'œuvre qui créent des emplois précaires, contribuent à l'accroissement du chômage et accentue la pression sur les salariés. Citant Appay (2005), ils définissent la précarité comme :

> « *un processus de restructuration productive et de fragmentation s'accompagnant d'une déconstruction des droits sociaux et portant atteinte à la santé publique, dont l'aboutissement est l'individualisation du travail et la déconstruction des contre-pouvoirs au travail* ».

Celles et ceux qui travaillent en aval dans pareils réseaux bénéficient en moyenne de conditions de travail moins avantageuses que les autres salariés et rencontrent une fréquence d'accident du travail relativement élevée (Lallement, 2010). La précarisation du travail se manifeste aussi par la multiplication des emplois atypiques (intérim, temps partiels, protections sociales diminuées) (Bernier, Vallée et Jobin 2003). Elle est aussi, et particulièrement en période de crise, l'angoisse du chômage et de la disqualification sociale (Ehrenberg), le refoulement de la souffrance, la violence et la maladie mentale (Furtos, Dejours). Les constats cliniques actuels désolidarisent la précarité de la pauvreté (Furtos, 2005). Pour Furtos (2005), la précarité est un mode de misère sociale issu de la gestion

contemporaine du travail, de la société de la réussite individuelle, et de leurs exigences paradoxales :

- Au sein de l'entreprise, le travailleur idéal est « flexible », supprimable, tout en devant être très fortement engagé et partie prenante de l'organisation (Gaulejac ; Dejours, 2008 ; Honneth, 2000, 2006).
- Dans la société, si la précarité de l'emploi et du travail se normalise (Castel, 1996, 2001 ; Askenazy, 2004 : Askenazy et coll., 2006), elle reste considérée comme un échec personnel. Il faut être performant, adapté et conforme ou mourir à soi et aux autres (Ehrenberg, 1999).

Pour Gustave-Nicolas Fischer (1991), dans la lignée de la précarisation et de la souffrance associée, se trouvent la déviance et la violence auto ou hétéro-agressive, une des grandes préoccupations contemporaines. Fischer constate qu'une société est génératrice de déviance si elle place les acteurs devant une contradiction permanente entre les valeurs qu'elle leur propose (engagement, performance, reconnaissance) et les normes suivant lesquelles elle sanctionne leurs conduites et qui ne permettent pas d'atteindre cette réussite annoncée (flexibilité, exclusion, précarité).

2.1.2.2 Qualité totale et déni collectif

La notion de qualité renvoie aujourd'hui plus à des certifications (ISO 9000, 14000, 26000, etc.) et à une normalisation systématique (ISO, AFNOR, NF, CE, etc.) qu'au produit ou au service vendu ou rendu. Les processus de normalisation sont en pleine expansion, ils se généralisent à tous les secteurs et à toutes les activités. Poussée par la mondialisation des échanges, la concentration et les fusions/acquisitions d'entreprises à travers le monde, cette normalisation s'homogénéise internationalement. Elle s'est centralisée et imposée au monde économique sous l'égide de l'ISO (Organisation internationale de normalisation). Une norme ISO est

> « *un document qui définit des exigences, des spécifications, des lignes directrices ou des caractéristiques à utiliser systématiquement pour assurer l'aptitude à l'emploi des matériaux, produits, processus et services* » (ISO, 2016).

L'organisation publie et vend plus de 21000 normes internationales couvrant presque tous les secteurs du monde économique, de l'industrie et de la technologie (ISO 9000 - Systèmes de

management de la qualité ; ISO 14000 - Management environnemental ; etc.) (ISO, 2016). L'ISO est un acteur marchand, ses normes sont des produits autant que des règles, une forme de « service public » pour les entreprises et un marché.

Par définition, la norme est une construction sociale élaborée sur ce que Laurence Cornu (2009) appelle « un régime de légitimité, un régime de justification rationnelle ». A l'origine, les arguments de l'ISO étaient sanitaires et sécuritaires. La standardisation internationale « garantit des produits et des services sûrs, fiables et de bonne qualité » (ISO, 2016). Initialement, l'objectif était l'intérêt du citoyen. Aujourd'hui, la rationalité de la normalisation est économique. L'ISO travaille dans l'intérêt économique de ses entreprises clientes et dans le sien propre. Cette organisation impose progressivement la normalisation, la qualité et les certifications. Promues comme « des outils permettant d'abaisser les coûts en augmentant la productivité et en réduisant les déchets et les erreurs », des outils qui « établissent des règles du jeu équitables pour les pays en développement et facilitent le libre-échange et le commerce équitable dans le monde » (ISO, 2016), les certifications constituent aussi des barrières à l'entrée des marchés et contribuent paradoxalement à l'alourdissement des coûts (Autorité de la concurrence, 2014). La valeur commerciale des certifications est tellement élevée aujourd'hui que leurs démarches s'imposent dans les entreprises comme une activité à part entière et mobilisent de nombreux moyens aux dépends des ressources disponibles pour les activités productives. Dans ce mouvement, il y a une inversion des valeurs et des normes du travail. D'outil stratégique, les certifications se transforment en produits commerciaux. Les actions liées à la qualité entrent en concurrence avec les activités de production, reléguant parfois le cœur de métier de l'entreprise et la qualité réelle du travail des opérateurs et des encadrants à des priorités secondaires.

Outre cette dérive, les sciences du travail montrent que l'emprise de la qualité devient totale. Le mouvement de standardisation se généralise à toutes les activités. Leduc et Valléry (2004) constatent que

> *« le visible, le gestuel et le verbal (Pochat, & Falzon, 2000) relèvent désormais de la prescription du travail, au même titre que les objectifs de production ou le respect des consignes de sécurité »* (p.171).

L'idéologie de la qualité totale porte conjointement les logiques de la prescription, de l'obéissance (Gaulejac) et de la traçabilité totales. Permettre un dialogue ouvert sur le travail réel qui révélerait les écarts à la prescription et aux normes pourrait remettre en cause la

certification, la valeur concurrentielle de l'entreprise et, en période de crise, les emplois. D'outil de pilotage « garantissant des produits et des services sûrs, fiables et de bonne qualité » la qualité se transforme en injonction à produire les traces attendues pour conserver certifications, image et emplois. Le poste de travail devient un front où les travailleurs sont écartelés entre la norme (ce qui doit être) et les dimensions réelles du travail (ce qui se passe) (Hubault) et avec interdiction de laisser des traces de ce combat quotidien (Dejours).

Les normes de la qualité totale contraignent les travailleurs à dissimuler, plus encore qu'avant, les infractions aux prescriptions qu'ils sont tenus de faire pour atteindre les objectifs (Dejours, Molinier, 1994). Pour répondre aux exigences de conformité il s'agit donc de masquer les conflits d'activités (réelles/normes) (Clot, 2003). Les employés qui résistent ouvertement aux règles édictées pour assurer un travail de qualité et conserver leur intégrité, risquent d'être considérés comme des personnes peu collaboratrices ou résistantes au changement (Dejours, Dessors, Molinier, 1994). La peur d'être perçu comme celui ou celle qui ne parvient pas à « fonctionner » tel que prescrit ou qui saboterait la certification, diminue la possibilité de dénoncer les situations problématiques. Tout le monde est ainsi progressivement appelé à participer à une description déformée et enjolivée de la réalité, qui occulte les infractions mais aussi le réel (Dejours, 2011). Conjointement à cette quête de la qualité totale le déni collectif du réel se banalise. Selon Kaës (2012)

> *« le recours au déni règle le problème en établissant que rien de ce qui est dangereux n'est jamais advenu, n'a jamais existé ».*

La conséquence majeure est que, dans les organisations de travail normalisées, le réel est de moins en moins parlé et donc pensé. La conformité absolue confisque l'autonomie des travailleurs et le dialogue sur les activités réelles et sur les incontournables débats de normes (Schwartz). Elle fragilise profondément le travail et les travailleurs. « (…) la coordination, nécessaire à la vie sociale, devient oppression quand « les diverses activités humaines sont, par la spécialisation, si impénétrables les unes aux autres, [...] enchevêtrées d'une manière si compliquée », que la coordination confiée aux signes ou aux choses est seule possible (Lettre à Robert Guihéneuf, Cahiers Simone Weil, mars-juin 1998, p. 15). On tient là les causes de l'oppression. » (Chenavier, 2007, p.36)

2.1.2.3 Intensification du travail et hyperactivité

L'organisation contemporaine du travail cherche à mobiliser toutes les énergies, de tous et à tous les niveaux (Gaulejac, Loriol). Pour tenir cet objectif, les organisations du travail multitâches se multiplient. Une première manière de faire consiste à redéfinir les tâches et à recomposer les frontières entre groupes professionnels. En plus des tâches de fabrication, de manutention, de transport ou de stockage, les ouvriers réalisent des activités de maintenance, de contrôle de la qualité ou de gestion de la production. Les agents de production se transforment en animateur d'équipe et parfois, en formateur (Lallement, 2010). Une autre manière de faire, avec les cadres notamment, est la généralisation d'activités de prévision, de contrôle et de reporting médiatisées par les technologies de l'information et de la communication (Kalika et Romelaer, 2006) aux dépends des collaborations directes avec les opérateurs et les équipes.

En plus d'imposer la polyvalence, la gestion réduit voire supprime les temps de travail « non productifs » au point que l'urgence est devenue le mode principal du rapport au temps (Aubert, 2003). Outre cette pression temporelle, l'intensification du travail s'est organisée dans de nouvelles stratégies de management pour obtenir rapidement plus de productivité, individu par individu. Ces stratégies mobilisent le sujet et ses valeurs, alternent l'autonomie et le contrôle, rarement le soutien indispensable aux stratégies collectives de travail et de santé. Elles se caractérisent par la mise en résonance du fonctionnement psychique individuel avec la culture d'entreprise et produisent des types inédits de stresseurs, reliés aux exigences mentales et émotionnelles (De Gaulejac, Dejours, 2008 ; Honneth, 2006). Le stress professionnel touche non seulement les cadres épuisés et surmenés, mais aussi des métiers moins qualifiés (Hautefeuille, 2008). Les risques de produire des pathologies sont d'autant plus élevés que dans l'organisation même du travail les marges de manœuvre et les conditions de faisabilité du travail n'existent pas ou plus et qu'il y a « amputation du pouvoir d'agir » (Clot, 2008).

Cette intensification du travail n'est pas toujours mal vécue. Couplée à une rétribution individuelle des performances, elle peut rendre les travailleurs passionnés et ambitieux, mais au risque de succomber aux attraits de l'hyperactivité (Hautefeuille, 2003). Même instrumentalisée par les sujets

> « *L'hyperactivisme reste une dynamique fragile qui risque de conduire à l'épuisement et aux pathologies de surcharge : épuisement, TMS, maladies cardiovasculaires, addictions* » (Molinier, Flottes, 2012).

Pour Aubert (dir., 2004), l'intensification sans limite « implique de s'intéresser à l'idée d'augmentation, d'excès, d'intensité » et à celle de l'individu « hypermoderne » qui représente pour des chercheurs tel que Barus-Michel (dans Aubert, 2004) un certain danger : « alors que la pensée demande des séquences longues et complexes, l'hypermodernité s'inscrit dans des séquences courtes. Le morcellement réducteur des réponses causes-effet, stimulus-réponse, tue la pensée » (p.244).

2.1.2.4 Autonomie (individualisation des responsabilités) et souffrance

La demande d'autonomie (Boltanski et Chiapello, 1999) et de responsabilités des individus (Le Goff, 2000) s'accroît dans l'espace social. Dans les entreprises, elle apparaît comme un facteur de prévention des risques psychosociaux (Gollac). Parallèlement, les employeurs cherchent à partager leurs responsabilités avec leurs salariés. Face à ces attentes de niveaux très hétérogènes, les stratégies gestionnaires organisent l'autonomie des agents sous la forme d'une diminution de la ligne hiérarchique et d'une individualisation des missions, des responsabilités et des ressources au poste de travail (Loriol, Lallement). La tendance actuelle est de transformer chaque salarié en entrepreneur, individuellement responsable des missions qui lui sont confiées, des objectifs et des procédures (fixées par d'autres) de son poste et des contradictions des exigences du travail.

Cette autonomie, plus ou moins explicitée, est portée par une rhétorique de la compétitivité vue comme la somme des responsabilités et des performances individuelles. Pour Lallement, cette nouvelle organisation du travail sert avant tout les intérêts de l'employeur. Elle implique « moins d'indications précises fournies par la hiérarchie, le réglage individuel des incidents, la possibilité de faire varier les délais de son travail, une souplesse dans la gestion des horaires en cas d'imprévu » (Lallement, 2010). Les salariés endossent la responsabilité de régler seuls les conflits d'activités (produits par des objectifs et des procédures qu'ils n'ont pas décidés) en dehors de toute discussion avec la hiérarchie.

Dans les faits, cette forme de diminution de la ligne hiérarchique est synonyme pour les opérateurs d'une responsabilité juridique accrue et de sentiments d'incertitudes et de peurs face à des situations inconnues (Daniellou, 2002). Les travailleurs souffrent des déficits de prescription : « C'est le cas, lorsque par exemple, la crainte de l'incompétence face à une situation inhabituelle freine la mise en œuvre d'une initiative, ou bien quand les conséquences d'une décision sont estimées ou pressenties comme trop graves par rapport à la responsabilité

encourue. » (Revest, dans Hubault (dir.), 2005, p.66). Et ils souffrent aussi, psychiquement et physiquement, de la double contrainte dans laquelle ils sont placés. Le Goff (2006) décrit les dérives de l'autonomie telle qu'organisée par la gestion

> « *Chaque salarié est sommé d'être tout à la fois autonome et de se conformer à des normes strictes. Il doit être « responsable individuellement » de son travail et des normes, même quand elles sont coupées des exigences réelles, concrètes, et qu'elles doivent être contournées. Le cumul des deux se traduit souvent par une charge accrue de travail physique et mentale.* »

Les travailleurs sont poussés à être autonomes et dans le même temps les contraintes organisationnelles se sont durcies sous l'effet conjugué de la flexibilité, de l'intensification du travail et de la qualité totale notamment. Cette forme d'autonomie sous contrôle présente un dilemme permanent : le non-respect des règles prescrites au nom de la préservation de soi versus la conformité aux règles pour échapper aux sanctions potentielles. Ce dilemme et ses effets délétères se retrouvent dans les travaux de Marc Loriol. Dans une de ses études (2000), il décrit le travail des infirmières tenues de respecter tout à la fois des « procédures qualité » et des « règles du métier » régulièrement contradictoires. Responsables de l'une et de l'autre, elles « prennent sur elles » et développent des stratégies de surtravail (dépassement d'horaires, journée sans pause déjeuner, présentéisme, usages de psychotropes, etc.). Pour Loriol (2000) le dilemme se transforme en une « autocontrainte de plus en plus forte et de plus en plus intériorisée » génératrice de tensions permanentes et d'épuisement.

Selon Castel et ses collaborateurs (2008), l'origine de tant de souffrance tient à la forme d'autonomie proposée par la gestion contemporaine du travail. Au sens qu'elle prend (la responsabilité) mais surtout à celui qui ne lui est pas donné (la subjectivité)

> « *Il peut y avoir une reconnaissance forte de l'autonomie de l'individu au point de faire de sa responsabilité la valeur prépondérante, mais ce n'est pas la subjectivité de l'individu, c'est le personnage social qui est ainsi mis en exergue.* » (p.19).

La version gestionnaire de l'autonomie des travailleurs n'est aujourd'hui pas de même nature que celle demandée par les travaux sur les risques psychosociaux (la subjectivité) (Gollac, DARES). Rangées sous une même appellation, elles qualifient des dynamiques psychosociales de sens contraires. L'illusion managériale se niche notamment dans la polysémie de ces arguments. Pour Gilbert de Terssac (2012), « *le concept d'autonomie est la capacité de se gouverner selon ses propres règles et signifie « qui ne dépend que de soi » ou « ce dont on peut disposer » ou encore en droit, on parle d'autonomie pour désigner un état régi par ses propres lois* » (dans Bevort et coll., 2012)

2.1.2.5 Gestion par les compétences et isolement

Les organisations professionnelles généralisent les méthodes de gestion qui répondent aux visées cardinales que sont devenus la productivité, l'adaptabilité, la normalisation et le moindre coût. La gestion par les compétences est l'une de ces pratiques. Elle soutient la flexibilité et l'adaptation continuelle de l'entreprise, et l'interchangeabilité des opérateurs (Devos et Taskin, 2005, p.93). La gestion par les compétences vise une évaluation individuelle de la qualité du travail fourni et de l'engagement des individus. Elle se base sur un certains nombre d'outils managériaux : fiche de poste, liste de compétences, grille d'entretien et critères d'évaluation, etc. Bellier et ses collaborateurs (1999) classifient les compétences évaluées en cinq grandes catégories complémentaires : les savoirs, les savoir-faire, les savoir-être, les trois savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et les éléments cognitifs. Entre autres finalités, cette évaluation est censée introduire plus de justice en observant et reconnaissant les différentes formes de savoirs engagés, les actions réalisées et les mérites de chacun. Elle rompt avec la valorisation traditionnelle du travail, à la qualification et à l'ancienneté. Mais pour Courpasson et Livian (1991) la notion de compétence n'est ni neutre, ni univoque. C'est un concept très discuté (Bellier et coll., 1999) dont l'utilisation est au service des enjeux et des stratégies de l'entreprise, plus qu'à celui des salariés. Pour l'ergonomie, l'évaluation de la performance ainsi promue répond à la logique technico-organisationnelle (sur des critères de quantité, qualité, conformité) et oublie la « logique du vivant » (Hubault, 1995) qui fait intervenir les notions de « coût réel » (autocensure, précarité, fatigue, stress, TMS, etc.) et de « gain réel » (reconnaissance, respect, écoute, salaire, satisfaction, etc.) (Hubault, 1995). Pour Valérie Boussard (2008), cette approche « partielle et partiale » du travail est une caractéristique de la gestion contemporaine.

Un autre des fondements de la gestion par les compétences est de valoriser et de généraliser l'individualisation du travail et la dépersonnalisation des métiers. Cette individualisation est générée par l'intensification du travail et la normalisation totale (Musselin, Paradeise Callon et al., 2002) qui réduisent les temps d'échange sur le travail et par la mesure individualisante du travail. Elle atomise le travail réalisé (en compétences), segmente les collectifs (en individus) (Dejours, Le Goff, Clot) et occulte les dynamiques sociales et toutes les stratégies collectives (Karam, 2011 ; Dejours, 2003). Travailler n'est plus reconnu comme un système complexe (Morin), une réalisation collective ou une création subjective des manières de faire. Travailler devient une juxtaposition de capacités, de tâches et de résultats strictement

individuels (Le Goff, 2006). Cette individualisation est simultanément un levier de développement de nouveaux modèles d'organisation et une conséquence de l'apparition de ces modèles (Devos et Taskin, 2005).

Du point de vue des composantes de la réalisation réelle du travail, l'individualisation des performances professionnelles est un principe et une pratique injustes et délétères. Pour la psychodynamique du travail, le recours à la compétence individuelle pour déterminer la juste valeur du travail – aux dépends de l'analyse de ses processus (des activités visibles et cachées, des erreurs, des ressources et des contraintes, des coopérations, etc.) – est un déni du réel (Dejours, 2003). D'une part, une performance individuelle n'est pas propre à soi mais à nos interactions multiples dans les services. Il y a autant de soi que des autres dans ce que nous faisons (Vygotski, Clot). D'autre part, et nous l'avons déjà souligné, les résultats du travail observés, tracés, ne représentent qu'une vision « partielle et partiale » (Boussard, 2008) du travail accompli et de ses effets. Articulée à la qualité totale qui conduit à masquer le travail réel, l'évaluation des compétences se fait toujours en rapport aux normes et au travail prescrit. Elle constitue une forme de déni des activités déployées et des compétences réellement mobilisées, notamment dans leurs rapports aux autres (Osty et Dahan-Seltzer, 2006).

Ce modèle d'évaluation se fait au détriment de la coopération et de la santé. Il entame la dimension sociale des activités. Cette dimension atteinte, il existe un risque pour l'entreprise d'entrer dans un processus délétère : plaintes, accidents de travail, aléas, malfaçons (Devaux, 2011, Karam, 2011). Particulièrement en période de crise de l'emploi, il instille une logique de compétition interne, une mise en concurrence progressive au sein des équipes et des collectifs de travail. Lorsque cette pratique de gestion est couplée à la menace de licenciement, elle est capable de produire des ravages qui vont bien au-delà de la surcharge de travail. Nous trouvons notamment les pathologies de la solitude et la dégradation de la qualité, de la sécurité et de la sûreté (Dejours, 2003). La juste valeur du travail et de la santé se niche dans l'étude des interactions entre le sujet et son travail. Elles sont d'une triple nature subjective, sociale et organisationnelle. En contre-champ, du point de vue de la psychodynamique du travail, Molinier et Flottes (2012) parlent de reconnaissance du travail. Elles soulignent que

> « *la reconnaissance du travail n'est pas réductible à un processus intersubjectif se résumant à des actes ponctuels d'encouragement, de gratitude ou de félicitations (…) car la dimension affective de la reconnaissance peut aisément être manipulée et constituer un piège pour plus d'exploitation. La «vraie» reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens*

accordés pour pouvoir le faire avec soin. En d'autres termes, il est faux de penser que l'on travaille pour être reconnu. Nous cherchons plutôt à être reconnus pour travailler, c'est-à-dire pour pouvoir le faire selon nos critères et nos valeurs » (p.53-54).

Dans le système de normes et de management tels que nous venons de l'analyser, nous observons des caractéristiques omniprésentes de tensions et d'usure. Dans le cadre de ces observations, et de notre axe d'investigation sur le rôle des organisations du travail dans la santé des sujets-travaillants, notre questionnement porte sur le système de prévention des risques et de santé au cœur de ces mêmes organisations du travail.

2.1.3 Le système de prévention des risques et de santé au travail

2.1.3.1 Un principe juridique : adaptation du travail et préservation de soi

En France, le droit à la santé au travail se développe sous l'impulsion du droit communautaire. A l'échelle des instances européennes, les comparaisons scientifiques internationales permettent de constater que les risques et les dommages professionnels ne sont pas des fatalités et qu'il existe des organisations du travail plus respectueuses de l'intégrité des personnes que d'autres (Omnès, 2011). Pour l'Union Européenne, à la fin des années 80, la conclusion est que la prévention est d'abord un choix et qu'il ne doit pas échapper pas au devoir de direction des employeurs. L'historienne Catherine Omnès (2011) souligne l'importance politique donnée à cette question du choix par les instances européennes : « non seulement un choix organisationnel, mais au-delà un choix éthique ou humaniste, dans la mesure où l'enjeu est ici de définir la place de l'homme dans le système productif ». Pour opérationnaliser ses constats et l'importance des enjeux, l'Union Européenne formalise « l'obligation de santé et de sécurité des salariés sur le lieu de travail par l'employeur » dans la directive-cadre 89/391/CEE de 1989. Le sens de la loi est de promouvoir une approche globale de la santé au travail (Omnès, 2011). Cette directive est adoptée dans la lignée de l'Observatoire internationale du travail (OIT) qui soutient aussi qu'il s'agit d'« adapter le travail à l'Homme » (Omnès, 2011). En 2002, sous l'impulsion de la directive-cadre

89/391/CEE, la France se dote de plusieurs dispositions relatives à la protection de la santé et de la prévention des risques. Le principe général de prévention de l'Europe est inscrit au Code du travail dans les articles qui se dénomment aujourd'hui les : L.4121-1 et L.4121-2.

- **Article L.4121-1**: Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé « physique et mentale » des travailleurs de l'établissement.

- **Article L.4121-2**: Le chef d'établissement met en œuvre les mesures nécessaires pour :
  1 - Éviter les risques
  2 - Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités
  3 - Combattre les risques à la source
  4 - Adapter le travail à l'homme (…)
  5 - Tenir compte de l'état d'évolution de la technique
  6 - Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou ce qui l'est moins
  7 - Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants (…)
  8 - Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle
  9 - Donner les instructions appropriées aux travailleurs

L'article L.4121-1 fixe l'obligation générale de sécurité. Elle est le corollaire du pouvoir de direction de l'employeur (octroyée par le contrat de travail ou le statut d'agent de la fonction publique) avec obligation d'exercer leur pouvoir disciplinaire en vertu de cette autorité.
Les mesures dictées par l'article L.4121-2 reprennent le sens profond de la directive-cadre 89/391/CEE. L'employeur doit organiser et garantir des situations de travail respectueuses de l'intégrité physique et mentale des travailleurs, du point de vue des personnes elles-mêmes. Il doit adapter le travail à l'homme. Pour le magistrat, l'important est la traduction en actes, à l'intérieur de l'entreprise, de l'esprit ces orientations légales (Brunet et coll., 2005). L'employeur a l'obligation de rechercher le sens de la règle, de le rendre pratique, inscrit dans le quotidien, intégré à l'ensemble du système gestionnaire existant (analyse du travail, organisation, communication, règles, contrôles, sanctions, etc.). Une étude clinique de Brunet et ses collaborateurs, auprès d'une dizaine de petites et moyennes entreprises de l'industrie et de l'agriculture, montrent que quand les dirigeants s'approprient l'esprit de la loi, ils font face

à beaucoup moins de confrontation judiciaire (Brunet et coll., 2005). Les salariés et les employeurs n'éprouvent pas le besoin de se référer au magistrat, leur dialogue ouvert construit les compromis. De manière générale, en matière de qualité des relations sociales, le magistrat Didier Peyrat (2003) souligne que ce ne sont pas : « les incriminations légales assorties de sanctions qui conditionnent la possibilité d'interactions pacifiques entre les individus mais l'existence d'un climat de confiance préalable dans l'espace public. » Les travaux sur la santé au travail et l'histoire contemporaine de la prévention des risques dans les organisations montrent que nous sommes loin de la « confiance » et des « interactions pacifiques » promues par l'esprit de la loi. La santé et la sécurité sont généralement des enjeux conflictuels (ouverts ou refoulés) dans les établissements professionnels, peu de dirigeants se réfèrent à la primauté de l'esprit de la loi dans la conduite de leurs activités (Dejours, 2012 ; Omnès et Pitty, 2009 ; Almaberti, 1996). Mais les salariés ne font pas que subir, ils sont parties-prenantes de cette situation. Ils participent à l'opacité des risques et au déficit de dialogue en banalisant les contraintes et en masquant leurs prises de risque, soit pour entretenir une identité professionnelle, soit par nécessité économique (Omnès, 2011 ; Dejours, Cru). Ce constat préoccupant procède de deux grands processus sous-jacents : les modalités univoques de définition des risques et leur individualisation :

1/ La définition des risques professionnels est un objet de pouvoir, de confrontation et de négociation entre les syndicats et la direction (Peretti-Watel, 2003). Ce sont les employeurs qui jugent si une situation de travail est acceptable ou non. La reconnaissance d'un risque dépend de leur propre perception, des enjeux éthiques, sociaux, financiers, politiques, etc., qu'ils retiennent comme prioritaires (Kouabenan, 1981). Pour Fischhoff et ses collaborateurs, cet arbitrage définit le « risque acceptable » (Fischhoff et coll., 1981). De leurs côtés, les salariés acceptent aussi de peser les avantages et les inconvénients des nuisances du travail. Cette balance passe par la négociation, plus ou moins officielle, d'une rétribution compensatoire (primes de risque, congés compensatoires, carrière dans l'entreprise, marges de manœuvre au poste de travail, etc.) (Omnès, 2011).

2/ La prévention est dominée par la recherche de facteurs de risque individuels (Peretti-Watel, 2003). L'individu reste l'unité d'analyse et de correction privilégiée. Il est mis au centre, non pas de la recherche des tensions propres au travail et de sa régulation, mais de la prescription, des incidents et de « la toile des causes » (Peretti-Watel, 2003). L'organisation du travail est maintenue à la marge de l'analyse et des ajustements éventuels (Clot et Lhuilier, 2010).

Compte-tenu de la situation générale de l'emploi, les écarts entre la loi et la prévention effective, entre la rhétorique et le réel, se creusent. L'adaptation du travail à l'homme, telle qu'inscrite dans le droit, n'est une priorité ni pour les employeurs privés ni pour les fonctions publiques, hospitalières et territoriales, ni pour les agents eux-mêmes.

2.1.3.2 Un principe de fait : adaptation de soi et préservation des normes

En 2002, dans le cadre de l'application de la directive-cadre 89/391/CEE, les services médicaux du travail (SMT) sont refondés en services de santé au travail (SST) tenus d'être pluridisciplinaires (LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002). Cette évolution tient compte des effets sur l'action du surdéveloppement de la gestion et des sciences médicales aux dépends des approches compréhensives du travail. L'ambition n'est pas une simple modification de dénomination et d'acteurs. Dans l'esprit du droit européen, la pluridisciplinarité est une transformation des cadres théoriques. Pour améliorer l'intervention des services médicaux du travail, il faut proposer d'autres conceptions du travail, de la santé et de la prévention et les articuler aux approches traditionnelles (médico-légales et gestionnaires). Avec la loi, cette réforme des références et des pratiques n'est plus un vœu, c'est une obligation.
Dans les faits, l'organisation des services se rénove mais plus lentement que les deux lois dédiées (LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 et LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011) le réclament. Les équipes sont aujourd'hui pluridisciplinaires, avec une équipe de direction, des médecins et infirmiers du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) qui peuvent être des ergonomes, des psychologues ou des psychosociologues du travail et des techniciens et ingénieurs Hygiène, sécurité et environnement (HSE). Le constat est que cette rénovation organisationnelle rime encore peu avec ce que Billiard et la psychologie du travail, appellent les « principes novateurs » de la centralité du travail (Billiard, 2011). Les équipes sont profondément remodelées mais leur travail demeure soumis à un système de décision médico-légal et gestionnaire : d'une part à l'autorité du médecin du travail (qui conserve cette prérogative) et d'autre part à une direction, et à une logique concurrentielle arbitrée par les employeurs/clients. La réforme juridique et administrative de la santé au travail n'est pas synonyme d'une refondation des modèles théoriques et pratiques des médecins. Dans les faits, les médecins du travail s'inscrivent toujours dans le cadre de ce

que Philippe Davezies appelait en 1996 (avant la transcription en droit français de la directive-cadre 89/391/CEE) une « médecine du travail experte » basée sur :

- La déontologie médicale
- Un savoir sur les relations entre facteurs de risque et effets sur la santé (et une obscurité sur les critères de validation des sciences expérimentales)
- La transmission aux salariés de l'information sur les risques du travail.
- Le diagnostic de maladies professionnelles et l'organisation de la réparation
- L'avis d'aptitude
- La mise en œuvre de la prévention primaire, au cœur de la vie des entreprises

(Davezies, 1996)

Aujourd'hui dans les services de santé au travail (SST) la persistance de la domination des références, plus ou moins explicites, à l'épidémiologie, au droit et à la gestion (Fernandez, 2009 ; Clot et Davezies ; Althaus, 2014) rencontre celle décrite à l'intérieur des entreprises privées et publiques. La force de cette problématisation traditionnelle est d'être dominante sur tous les fronts. Elle l'est dans la formation initiale des médecins, dans la littérature juridique et managériale et dans une dynamique sociétale de médicalisation des questions sociales (voire paragraphe x, p.x). La philosophe de la médecine Céline Lefève analyse l'inertie médicale sur le sujet en ces termes : « Aux confins du savoir et du pouvoir, le codage médical de la souffrance et, en particulier, de la souffrance psychique en termes pathologiques participe déjà au déni des conditions sociales qui peuvent être à l'origine de cette souffrance » (Lefève, 2006, p.33). Au cœur des SST pluridisciplinaires, comme partout (voir notre partie « comprendre le travail »), les notions de travail et de santé sont polysémiques. Elles portent un sens différent selon les interlocuteurs, leurs cadres théoriques (psychologie du travail, ergonomie, HSE, médecine, etc.) et leurs activités. Mais cette complexité est masquée par une autorité médico-légale et une rhétorique qui entretiennent l'illusion d'une signification partagée par tous (Billiard, 2011 ; Fernandez, 2009). Cette illusion suscite de nombreux questionnements dans la littérature scientifique clinique (Dejours, 2009, 2012, 2015 ; Clot & Davezies, 2011; Lhuilier, 2009 ; Clot et Lhuilier, 2015). Dejours observe que « L'épidémiologie organise et donne à voir des risques organisés, limités, cohérents. (Alors que) la réalité est paradoxale, ambivalente » (Dejours, 2006). Le centre de gravité de l'analyse et des actions demeure du côté des opérateurs aux dépends du travail et de son organisation.

2.2 Domination du paradigme addictologique

Dans cette partie, dans le cadre de nos axes d'investigation sur les usages de drogues nous analysons la domination du concept d'addiction dans les politiques publiques sur les drogues et sur la stigmatisation de certaines pratiques et de certains consommateurs.

2.2.1 De la notion d'addiction au paradigme addictologique

Nous l'avons vu, la dépendance, comme maladie et problématique sociale, émerge en Occident au XIXème siècle. Avec l'avènement de l'industrialisation, d'une misère sociale urbaine et individualisée, de la médecine et de la pharmacologie modernes, apparaissent les opiomanes, les morphinomanes et les alcooliques. En 1990, le psychiatre anglais Aviel Goodman, définit la dépendance (dans Lalande, 2010) comme

> « *un processus complexe dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* » (p.70).

Cette définition descriptive reconnaît l'ambivalence des psychotropes même pour les consommations jugées hors contrôle mais réduit l'usage excessif à un syndrome médical. Parallèlement, dès 1985, Stanton Peele, psychosociologue américain, alerte sur un impensé dans l'approche médicale de la dépendance : l'expérience et son sens. Pour Peele (1998, 1985), la personne s'accroche à ses usages pour le vécu associé.

> « *Les gens développent une addiction aux expériences. L'expérience addictive est la totalité de l'effet produit par un investissement ; cela provient des sources pharmacologiques et physiologiques, mais prend sa forme définitive dans les constructions culturelles et individuelles de l'expérience* » (p. 97).

A la même époque, ce double éclairage individuel et social est développé par de nombreux chercheurs (Ehrenberg, Coppel, Castel, Ogien) mais est ostracisé par les sciences médicales et les politiques publiques (Jauffret-Roustide, 2009).

La notion d'addiction, qui associe étroitement dépendance et usages, arrive en France à la fin des années 90 (Parquet, 1998) et s'impose progressivement. Ce terme opératoire, sans véritable frontière scientifique, a une triple fonction : il définit le problème, la solution et les acteurs de la solution. Il englobe les consommations de psychotropes du point de vue univoque de leur potentialité de maladie et de déviance et « propose comme réponse la normalisation des comportements par l'action de la loi, et, si besoin, par l'action thérapeutique » (Morel dans Morel et coll. 2015), mettant aux premières lignes les médecins, la police et les juges.

En France, dès leurs origines, les sciences médicales spécialisées sur les consommations de drogues (l'alcoologie, à partir de Fouquet dans les années 1950, et l'intervention en toxicomanie, en 1970), inscrivent le consommateur problématique au centre des objectifs et des concepts de leur travail (Morel et coll. 2015). Dans une logique toxicologique, cette figure centrale était caractérisée par 1) la nature du produit consommé : « alcoolique, tabagique, héroïnomane, cocaïnomane » (Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999) et 2) l'objectif sanitaire auquel il était tenu : « la rupture d'avec les consommations antérieures, la cure de sevrage, et le maintien de l'abstinence » (Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999). Les travaux des années 1997 et 1999 proposent un retournement de perspective.

> « *Il est apparu évident aux intervenants dans ces domaines et à la communauté scientifique que l'approche sanitaire et toxicologique était réductionniste et aboutissait à la mise en place de politiques et de dispositifs non pertinents.* » (Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999).

Parquet, Reynaud et Lagrue soulignent la nécessité non plus seulement d'évaluer des intoxications et de prescrire l'abstinence, mais d'analyser les dynamiques en jeu. Ces trois auteurs (1999) proposent d'ouvrir les pratiques de soin et de prévention vers « une démarche clinique descriptive qui permet de construire ensemble, et d'utiliser, un savoir commun, […] des données précises sur les comportements, sur les mécanismes sous-jacents à ceux-ci, sur les facteurs et les déterminants à l'œuvre ». Et ils soulignent (1999)

> « *à côté de cette démarche descriptive, une démarche compréhensive est indispensable. Elle passe par un changement de paradigme : quitter l'approche produits (pharmaco centrée) pour s'engager, à la croisée des sciences médicales et des sciences humaines, dans une approche pratiques addictives.* »

Parquet (1998) définit les pratiques addictives, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives : usage, usage nocif et dépendance et, dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution : pérennisation ou cessation. Parquet, Reynaud et Lagrue précisent que le terme de pratiques, emprunté « à la sociologie et à l'anthropologie a le mérite de bien mettre en évidence le multi-déterminisme de ces comportements et d'énoncer clairement qu'il s'agit de comportements humains. Ce terme de pratiques addictives nous paraît permettre de mieux intégrer la dimension sociale des comportements de consommation que la notion de conduites addictives, qui est souvent utilisé dans le même sens, mais qui tend à privilégier les mécanismes psychiques sous-jacents » (Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999).

Avec la notion de pratiques addictives, Parquet, Reynaud et Lagrue proposent donc de mobiliser des démarches cliniques descriptives et compréhensives, plus opérantes dans leur analyse que les seules lois de la toxicologie. Ils poursuivent aussi un autre objectif, celui de créer un champ d'intervention unifié, autour de la figure centrale du consommateur problématique.

> « *Le rassemblement sous le terme de pratiques addictives permet un abord commun, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance aux différentes substances psychoactives. (…) Les pratiques addictives incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela veut dire que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion.* »

Il s'agit d'unifier tous les processus complexes d'expérience pharmaco-psycho-sociale dans un continuum de l'usage vers les troubles et vers la dépendance. En tirant le fil de la globalisation de l'expérience, les auteurs utilisent à plusieurs reprises, et indifféremment, les notions *pratiques addictives* et *addictions*, et c'est finalement plus l'idée d'*addictions* que celle de *pratiques* (« addictives ») qui l'emporte. Emprunté à l'histoire du droit et à la psychopathologie (Morel dans Morel et coll. 2015), addiction exprime une référence normative à la pathologie et au désordre (médico-légal). L'argumentaire affirme une pluralité des modes de vie et des perspectives subjectives et sociales des usages et de la santé mais dans le même temps, il rabat la perspective du côté des usages problématiques, avérés ou potentiels. L'assimilation est ici « plus politique que scientifique », au sens développé par Canguilhem (1977, ed. 2009), comme « un genre de productions dont la verticale de recoupement (ou plus exactement dit, la dernière instance dominante) est la politique, substituant à l'ancienne polarité du vrai et du faux, la nouvelle polarité de la conformité et de

la déviance par rapport à une ligne ». En associant étroitement : usages, usages nocifs et dépendance, dans une ligne de fuite commune qui est la maladie et/ou les dommages, les auteurs annoncent d'ailleurs poursuivre cet objectif : mettre en avant la perspective des troubles pour « alerter » et légitimer une mobilisation politique et les moyens à mettre en œuvre. « L'usage nocif est reconnu par les communautés scientifiques internationales comme un trouble, une pathologie, ce qui légitime les interventions d'aide et de soins » affirme Reynaud (2002). « Ceci peut donc servir à une politique générale en ce qui concerne les pratiques addictives » (Reynaud, Parquet, Lagrue 1999). Mais cette catégorisation univoque du coté du problème et de la maladie produit aussi un étiquetage négatif des drogues et de leurs usagers et une dynamique sociale de marginalisation. L'addiction peut s'avérer un puissant ressort d'exclusion largement contre-productif en terme de prévention et de soin.

2.2.2 Politiques publiques sur les drogues

2.2.2.1 Les années 80 et 90 : de la lutte anti drogue aux addictions

En France, depuis sa création en 1982, c'est la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), dans ses différentes appellations (Mission permanente de lutte contre la toxicomanie, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanie), qui pilote la politique et l'information sur les drogues. Historiquement l'approche de la problématique était construite dans une perspective juridique et médicale, autour de l'idée de « lutte » contre les « problèmes posés par la toxicomanie » (1987, 1990). L'approche compréhensive, portant sur la santé et le sens des usages de psychotropes, est largement ignorée au profit des sciences statistiques portant sur les troubles sanitaires et sociaux liés aux psychotropes et sur les drogues illicites. Dans les années 90, la priorité donnée à la lutte contre le SIDA marque un tournant. Dans cette perspective, la MILDECA et la politique de la drogue en France s'ouvre à la santé et à la réduction des risques (Fondation toxicomanie et prévention jeunesse, 1994, Parquet 1995, Henrion, 1995) et, notamment aux traitements de substitution (nous développons ces deux points dans le paragraphe suivant). En 1996, l'approche des drogues et de la toxicomanie inclut officiellement la question des médicaments psychotropes (Zarifian, 1996a et 1996b). En

France, le terme de prévention apparaît dans un titre de rapport institutionnel en 1997 (« Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives », Parquet, 1998). Les années 1998 et 1999 marquent un tournant dans la politique de la MILDECA (Décret n°99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie). Sous l'impulsion de rapports faisant référence encore aujourd'hui (Pour une prévention de l'usage de substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance, Parquet 1998, Problèmes posés par la dangerosité des « drogues », Roques, 1998, Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives, Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999) : la MILDECA connaît une extension de ses champs de compétence à la prévention et à l'ensemble des produits psychoactifs (dont tabac, alcool et médicaments psychotropes aux côtés des drogues illicites). A partir des années 2000, les différents programmes de la MILDECA mobilisent les termes pratiques addictives et addictions dans l'espace institutionnel et médiatique, en lieu et place de toxicomanie et d'alcoolisme, mais aussi d'usage de substances psychoactives. En prévention, prévaut alors un jugement normatif porté sur la pathologie et le désordre (médico-légal). Les politiques publiques cherchent à diminuer les usages de drogues en population générale en alertant et en faisant peur. C'est dans le souci d'associer systématiquement la perspective du risque à tout propos relatif aux usages de substances psychoactives que le concept de conduite addictive (ou addictions) s'est généralisé.

2.2.2.2 Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et leur sens social

La substitution est un changement de paradigme scientifique (Rosenzweig, 1998). En France l'histoire des traitements de substitution aux opiacés (TSO) est celle d'un long combat politique et d'un processus marginalisé (et inachevé) de transformation des perspectives. Dans les années 1970, le pays fait face à une nouvelle vague de toxicomanie aux opiacés. En 1973, devant les effets positifs de l'utilisation thérapeutique de la Méthadone, aux États-Unis et en Europe, une expérimentation est organisée en France. Malgré les bons résultats, le consensus médical, sociétal et politique, reste hostile aux traitements de substitution. Depuis Hippocrate (Vème siècle avant notre ère) et Galien (IIème siècle), deux des pères fondateurs de la médecine française, l'épistémologie médicale dominante engage à « lutter contre la maladie ».

Au sens littéral, soigner consiste à observer la maladie et à prescrire les bons antagonistes. Dans cette perspective, l'idée d'« aider les drogués à trouver leur dose » ne peut être envisagée comme un soin déontologiquement responsable. Contrairement à la médecine française, elle ne s'oppose pas frontalement à la maladie mais cherche à transformer l'équilibre de ses multiples composantes pour la juguler. Il s'agit alors de chercher, avec le patient, un nouvel équilibre biopsychosocial dans le sens de sa santé. Ce rejet, plus idéologique que scientifique, aurait pu résister longtemps sans l'épidémie du SIDA. En 1993, compte-tenu de l'hécatombe, la société ne peut plus se priver de cet outil d'accès aux soins (Lalande, 2016). Pour prévenir les contaminations dans le milieu toxicomane, particulièrement touché et exposé (et vers d'autres milieux) il faut que les usagers de drogues, souvent rétifs au soin et à la prévention, puissent accéder à des soignants porteurs d'un autre discours de santé. C'est sur l'impulsion d'usagers de drogues, de sociologues, de soignants spécialisés et de nombreux médecins généralistes, que s'est engagé ce changement de politique sanitaire envers les toxicomanies (Olivenstein, Morel, 2004) : l'abstinence n'est plus la règle majeure du soin, la consommation d'opiacé n'est plus une déviance, elle devient une maladie chronique. Prescrit et suivi par un médecin, un traitement de substitution fait soin pour l'usager/patient autant dans la possibilité d'équilibrer l'usage de drogue – sur le modèle des traitements longue durée (insuline, trithérapie, etc.) – que dans celle de s'engager dans un processus de sortie de l'usage de drogue. Dans les faits et les représentations, la substitution comme processus de santé reste mal connue et mal considérée en France, et notamment par les médecins. Les personnes sous traitement de substitution aux opiacés restent associées à l'imagerie dégradante du « drogué » (Olivenstein, Morel, 2004).

2.2.2.3 Les années 2000 : du paradigme des addictions à celui de la réduction des risques

Dans la période 2000-2016, les chiffres sur les substances psychoactives, licites et illicites, montrent que, globalement, leurs usages résistent aux grands programmes de « prévention des addictions ». Les pouvoirs publics prennent progressivement acte des mauvais résultats de la politique de lutte contre les stupéfiants (la « guerre à la drogue » (Kokoreff)) lancée depuis les années 80 et 90. En parallèle, l'ampleur et la gravité des dommages sanitaires et sociaux associés au tabac, à l'alcool, aux médicaments psychotropes et aux stupéfiants (cancers, violences, alcoolémie routière délictuelle, trafic de tabac, overdoses, hépatites C, etc.) préoccupent les acteurs de la santé et de la sécurité intérieure.

Face à tous ces constats, leur priorité devient moins celle de diminuer les usages que d'en circonscrire les risques et les dommages ; ce changement d'objectif fait évoluer les méthodes. La politique de réduction des dommages, tournée davantage vers la préservation de la santé que vers la condamnation des drogues, énoncée en France comme « réduction des risques » (RdR) depuis les années SIDA, sort de la marge et s'institutionnalise (INSERM, 2010). Dans ses travaux en anthropologie, Aude Lalande décrit une démarche de réduction des risques qui, dans les années 90, « s'inventait au jour le jour, avec les usagers de stupéfiants, dans des programmes plus ou moins expérimentaux et dérogatoires aux lois, avec des succès spectaculaires, en termes de baisse des overdoses et des contaminations VIH notamment, et tout autant de difficultés en termes de reconnaissance économique et sociale » (Lalande, 2016). Assimilée à l'image dégradée, et dégradante, du « drogué », la RdR est restée longtemps cette innovation marginale et ostracisée de la politique générale sur les drogues en France. Ce n'est qu'en 2004, que cette approche par l'accompagnement est sortie de sa zone d'exception. Après 20 ans d'évolution des pratiques, de conceptualisation théorique et de résultats probants, la Loi de santé publique du 9 août 2004 acte la réduction des risques (RdR) comme pratique de santé autorisée. Cette avancée institutionnelle est conséquente pour les acteurs de la RdR, elle consolide l'approche centrée sur les usagers et la prévention des risques et des dommages, et les moyens alloués. Mais elle conserve la référence au modèle dominant de la lutte contre la maladie et les troubles. La loi de santé de 2004 définit la RdR et la préconise au regard spécifique de la lutte contre les risques infectieux (VIH et VHC principalement). Cette loi acte un déplacement de paradigme de la condamnation univoque des usages de drogues vers leur accompagnement mais en l'encadrant entre risque infectieux et réponse médicale (Lalande, 2016). Pour la discipline addictologique, encore en construction, la réduction des risques trouve une place dans un continuum intégrant les différentes offres d'accompagnement des conduites addictives, de la prévention jusqu'au soin, d'une définition de la santé pouvant osciller entre abstinence et modération (Lalande, 2016). Pour les usagers, les soignants et les chercheurs en sciences humaines et sociales - tenants d'une approche de la réduction des risques centrée sur l'écoute non-jugeante, le sens, les savoirs et les besoins associés aux consommations de drogue - l'approche addictologique rompt, si ce n'est détourne, l'épistémologie de la démarche. Son horizon originel, et original, était une transformation sociale des usages de drogues et des drogués, laquelle pouvant engager jusqu'au changement du cadre légal (Médecins du Monde, 2013). Le cadrage institutionnel de 2004 réfute cette perspective et couronne le paradigme addictologique de la réduction des risques, orientée par et vers le soin des addictions. Mais pour Alain Morel,

Pierre Chapard et Jean-Pierre Couteron, acteurs et observateurs de ces changements (au nom, à l'époque, de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANITeA) il offre aussi l'opportunité de chantiers théoriques et cliniques sur plusieurs axes de progrès : le renoncement au dogme de l'abstinence, les dynamiques d'auto-changement et la régulation des consommations, accompagnée ou non de prescription de produits de substitution (Morel, Chapard et Couteron, 2012).

2.2.3 Étiquetage et stigmatisation du drogué et de l'alcoolique

Nous l'avons vu, les politiques publiques de l'anathème trouvent leur origine dès le IVème siècle avec l'expansion des monothéismes, chrétien et musulman. Les multiples usages de drogue, à la fois religieux, chamaniques et thérapeutiques changent progressivement de statut. Avec la christianisation des sociétés occidentales et l'islamisation des régions orientales, la recherche de modifications de l'état de conscience (transe, extase, ivresse) sous l'influence d'une drogue revêt le caractère de péché, d'alliance avec le démon et de faute contre Dieu, et suscite l'opprobre sociale (basée sur la crainte des représailles divines) (Contat dans Morel et coll. 2015, p.275). Avec l'évolution des produits, de plus en plus puissants (opium puis morphine et héroïne, alcool fermenté puis distillé, tabac chiqué puis cigarette fumée, etc.) et des usages (les psychotropes passent des élites aux peuples et perdent leur distinction, les cafés deviennent des lieux politiques, l'usage ludique se généralise, de nouvelles maladies psychiques et physiques apparaissent, etc.), la peur et la désapprobation qui accompagnent les drogues, se complexifient. A partir du XIXème, aux menaces divines se rajoutent les discours de la médecine moderne qui clivent le débat entre usages prescrits et proscrits (Rosenzweig, 1998) et entre individus normaux, fiables, et personnes irresponsables soumises à leurs manies (héroïnomanie, toxicomanie, etc.), ces « dérèglements pervers » qui font succomber les individus à des forces incontrôlées qui mettent en péril la civilisation (Rosenzweig, 1998 ; Yvorel, 1992).

Le sens contemporain des différentes drogues et de leurs usages, est basé sur un clivage socialement construit entre le toxique (toxicon, poison) et le remède et sur la désignation des gardiens des temples (prêtre, policier, juge, pharmacien, médecin). Chaque société définit les bons et les mauvais produits et les bons et les mauvais usages (Chambon dans Morel et coll. 2015, p.35). Un arbitrage complexe (culturel, social, économique, moral, sanitaire, politique,

etc.) étiquette et classe la valeur sociale des produits, des effets recherchés et observés, des usagers.

C'est à partir de ces catégorisations, d'origine morale, juridique et médicale, que s'est construit le stigmate de « drogué », ou de « toxico », et celui d' « alcoolique ». Selon Goffman (1963, 1975), un stigmate désigne un « attribut qui jette un discrédit profond » (p.13) sur le sujet, « par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine » (p.15). La personne ainsi stigmatisée devient la cible de préjugés et de discriminations qui réduisent les chances de cette dernière, l'imperfection visible étant présumée en cacher d'autres, plus menaçantes encore. Dès que les produits et/ou leurs utilisations sortent des conventions (le mauvais produit et/ou le mauvais usage, dans un contexte inapproprié), les consommateurs deviennent d'emblée objets de disqualification : l'utilisateur ne peut plus être que malade, faible ou déviant. L'histoire, la sociologie et l'anthropologie des drogues permettent de comprendre que la déviance n'est une caractéristique ni des produits, ni des consommateurs, ni de leurs conduites, c'est d'abord une qualité de la société. Comme le souligne Becker (1963, 1985)

> « *les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à des individus et en les étiquetant comme déviants. De ce point de vue, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un « transgresseur »* » (p.33).

Les consommations de drogues jugées déviantes le sont en fonction des normes imposées par des groupes sociaux ayant le pouvoir de le faire (Becker, 1963, 1985), ici les pouvoirs publics, les lobbys économiques, les médecins et les religions.

Dans la vie quotidienne, la valeur du recours aux psychotropes varie en fonction des intérêts de ces groupes. Une substance peut être dégradante dans un environnement donné (l'héroïne et la cocaïne associées à la rue et à la délinquance) et valorisée dans un groupe social dominant (l'héroïne et la cocaïne associées au luxe, à la création et aux mondanités). Il peut être signe de puissance pour une personne donnée, et de faiblesse pour une autre (la formule « alcoolisme mondain » distingue les profils de buveurs excessifs, elle dissocie les bons alcooliques, issus des élites, des mauvais, appartenant au peuple). Il peut aussi parfois, dans un même contexte, être tout à la fois déviance officielle et intégration cachée (un sportif peut être mis au banc de son équipe pour dopage par le même directeur sportif qui lui demande d'utiliser des compléments illégaux et parfois lui fournit les substances (Escriva, 2001 ; Brissonneau et Bui-Xuan-Picchedda, 2005)). Le vin reste la boisson alcoolisée

nationale de la France parce que les habitudes des français rejoignent les intérêts des grandes bourgeoisies terriennes régionales, des politiques locaux et nationaux (parfois eux-mêmes propriétaires viticoles) et de divers lobbys économiques (gastronomie, tourisme et luxe).

Aujourd'hui, aux côtés des termes « drogue », « drogué » et « alcoolique », c'est progressivement l'idée de dépendance, de comportement addictif ou d'addict, qui se transforme en stigmate. Pour Sylvie Fainzang, par exemple, « De nombreux patients rechignent à admettre qu'ils prennent des médicaments relevant du domaine psychique, ils ne veulent pas signifier qu'ils seraient malades psychiquement. Ils préfèrent les désigner comme « médicaments qui aident à dormir » (Fainzang, 2001). D'après elle, « La réticence peut-être liée à la peur d'une dépendance psychologique, d'une transformation de la personnalité. La stigmatisation de la dépendance est très forte » (Fainzang, 2001). Aujourd'hui l'addiction et la dépendance, quel que soit le produit ou le comportement impliqué, quittent progressivement les perspectives de santé et de remède (même pour les médicaments), ou de pratiques sociales, pour ce triple risque de maladie, de discrédit moral et de relégation sociale.

A ses débuts, la catégorisation de l'addiction comme « maladie » tendait à protéger les alcooliques et les drogués de la vindicte sociale. L'étiquette « malade » portait l'idée de faiblesse involontaire et de droit au soin et au secours (Pierret, 1984, 2008). Nous l'avons vu précédemment, de sens de cette qualité s'est aujourd'hui inversée. La maladie n'est plus une forme de socialisation mais une potentielle exclusion. Elle est devenue celle de l'échec individuel et de déchéance (Castel, 1996 ; Ehrenberg, 1995). Le sociologue Jacques Rodriguez (2012) observe un renversement radical de perspective

> « *la maladie n'est pas seulement ce danger ou ce gaspillage que les médecins-hygiénistes ont longtemps cherché à réduire, mais elle tend à apparaître désormais comme une forme de dépravation, voire une faute morale dans une société qui voue à la santé un véritable culte.* » (p.5).

Dans le corps social, quel que soit les substances, le sens et les fonctions de ses consommations, l'addiction expose le sujet qui en est attribué, et qui y contribue lui-même à des processus de déliaison, de stigmatisation et d'exclusion propres aux malades (Lhuillier et coll. 2015 ; Veil, 2012) et ce potentiellement jusqu'à l'extrême, jusqu'à ce que Lhuilier (dans Veil, 2012, p.35) décrit comme les multiples zones de fabrication et d'orientation des « rebuts » : la psychiatrie, le handicap, la dépendance sociale, le chômage, etc.

La sociologie montre que la stigmatisation, plus ou moins sous-jacente, et les processus de jugement et d'exclusion associés, sont délétères. Plutôt que de préserver la société des

figures qui l'inquiètent, la stigmatisation aggrave les risques. Elle majore les souffrances psychosociales et économiques (l'isolement et la marginalisation) (Coppel, 1989, 1994, 2002 ; Peretti-Watel et coll., 2007 ; Peretti-Watel, 2010) et contribue à renforcer les usages, à travers la mise en place de mécanismes d'identification communautaire (Coppel, 1989, 1994). Pour faire face, les individus qui partagent les mêmes psychotropes, et les mêmes stigmates, s'associent et développent des stratégies collectives d'accommodement (Becker, 1995). Du point de vue des individus, consommer des psychotropes, c'est chercher des effets, poursuivre des fonctions, « fabriquer » une identité, plus ou moins en phase avec les valeurs de la société (Ehrenberg, 1995). Du point de vue des représentations, de la société et du continuum des conduites addictives, c'est prendre des risques (Ehrenberg, Becker, Coppel, Perreti-Watel), dévier. Or les usages de drogues sont des pratiques sociales complexes dont les effets ambivalents ne peuvent se réduire aux catégories des bons et des mauvais produits ou des bons et des mauvais usages. Comme le remarque le juriste et philosophe espagnol Antonio Escohotado (1998)

> « *Il est remarquable que le mot grec pour « drogue » soit pharmakon, et qu'en changeant simplement la dernière lettre et l'accent on obtienne pharmakos, c'est-à-dire le bouc émissaire* » (p.95).

2.3 Problématisations des liens entre les usages de psychotropes et le travail

Dans cette partie nous analysons la domination des concepts d'addiction et de dangerosité dans la compréhension des liens entre le travail et les usages de psychotropes et la prévention des risques professionnels et la santé au travail.

2.3.1 Les paradigmes de l'addiction, de la dangerosité et de l'intoxication

Le terme d'addiction renvoie au risque pour tout usager de substance psychoactive d'abuser et de perdre le contrôle de ses consommations. A ce risque différé, s'ajoute celui de la dangerosité immédiate des produits : toxicité physiologique et modifications psychiques

susceptibles d'altérer les pensées et les actions des utilisateurs. Parler d'addiction, c'est penser « pouvoir pharmacologique des psychotropes », plaisir, adaptation, médication, fonction récréative, mais c'est surtout souligner le danger et la possibilité de dommages. Parler d'addiction contribue avant tout à une mise en alerte des sujets consommateurs et de l'ensemble de la société.

C'est dans cette logique de promotion de la modération et de l'abstinence, de promotion des normes préétablies (normes de santé, codes et règlements du travail et règles de sécurité), et de promotion de l'aide aux « malades », que la problématique « Addiction et travail » s'est imposée dans les organisations professionnelles et les services de santé au travail (Maranda ; Crespin ; Lutz ; Lemaire). Elle définit les interrelations entre le travail et les usages de psychotropes sur quatre logiques univoques complémentaires :

- Toute consommation de substances psychoactives (SPA) est une responsabilité morale et juridique individuelle.
- Elle nuit à la sécurité et à la productivité des travailleurs et des travailleuses.
- Les origines du problème se situent dans l'individu ou du moins en dehors de l'entreprise.
- Les alcooliques doivent être aidés (les toxicomanes s'exposent à l'illégalité de leur produit, dans la logique de leur responsabilité morale et juridique individuelle).

En associant usages et dommages, les représentations sur la question des conduites addictives au travail convergent vers l'idée que la modification de la conscience provoquée par les produits psychotropes est synonyme de perte de capacité. La conception imaginaire dénie toutes interactions entre activités professionnelles et usages d'alcool, de médicaments, de tabac et de stupéfiants qui ne soient pas celle du danger, de la maladie et de l'irresponsabilité. Les travaux de la psychologue québécoise, Marie-France Maranda, et de ses collaborateurs, ont montré que dans les organisations professionnelles, un consensus d'opinions empêche les délégués syndicaux, les encadrants et les responsables RH, de relier comportements individuels et organisation du travail « situant les origines du problème à l'intérieur de l'individu ou du moins en dehors de l'entreprise » (Negura, Maranda, Genest, 2011, Maranda et Morissette, 2002 ; Maranda, et coll. 2005, 2006). Cette impossibilité exprime l'existence d'un socle de représentations et de difficultés communes dans l'élucidation de réalités sociales et humaines complexes qui sont mobilisées dans la question des usages de drogues, et dans le travail (Clot, 2002 ; Dejours, 2000, 2009, 2011 ; Karam,

2011 ; Lhuilier, 2006a et 2006b ; Schwartz, 2000). Cette approche individualisante organise l'intervention autour d'une équation simple qui établit que : les usages = risques alors que l'abstinence = santé. Elle s'appuie sur la théorie de l'intoxication et des concepts de risque et de maladie plutôt que ceux d'activité, de fiabilité et de santé (INRS, 2013 ; OFDT, 20015). En assignant les psychotropes du côté du poison et les usages du côté de la maladie et de la déviance, le terme « addiction et travail » assujettit les acteurs de la prévention à la juridiction de savoirs médicaux et juridiques. Ce n'est pas de l'origine de ce terme que nous discuterons mais de la démarche intellectuelle et pratique qui l'accompagne, celle à l'œuvre avec les risques psychosociaux et de manière générale avec la santé au travail. Celle que Yves Clot, appelle l'« approche hygiéniste » (Clot, 2010) ou que Lilian Negura et ses collaborateurs relèvent comme une perspective de l'« individu problème » (Negura et coll., 2012).

Orientés principalement du côté de l'alcool et des drogues illicites, les travaux sur les liens entre les consommations de psychotropes et le travail excluent souvent les médicaments psychotropes, les analgésiques et les psychostimulants licites de leur problématique. Pourtant au travail, comme le montre Baertschi (2010), la question des usages de psychotropes peut-être liée à celle de travail. « Ainsi la consommation de certains produits, tels les bêtabloquants, pris par les musiciens de l'orchestre philharmonique de Londres avant d'entrer en scène pour un concert. […] Celle d'un chirurgien parce que quand il ne tremble pas, il coupera peut-être un peu mieux que s'il tremble. […] Le Prozac est un produit qui a permis certains de vaincre leur timidité et de devenir socialement beaucoup plus à l'aise ». Pharmakon comme les autres, susceptibles de générer des troubles du type de ceux provoqués par les drogues illicites et l'alcool, les médicaments psychotropes préoccupent mais gênent les démonstrations. Parce qu'ils sont difficiles à appréhender de manière univoque. Parce qu'ils sont socialement, économiquement et politiquement du côté du soin et non plus du seul risque. Et même dans cette perspective du soin, Ducousso-Lacaze et Keller (2002) font le constat que le point de vue de « l'expérience subjective » des personnes qui, prises par une souffrance, ont recours à ces médicaments psychoactifs n'est que rarement pris en compte et n'a fait l'objet, pour l'heure, d'aucune étude véritablement spécifique (Cohen, 1994 ; Pignarre, 1999, 2012). La notion de « conduites addictives », qui englobe tous les produits, est à cet égard très utile. Elle masque l'ambivalence des médicaments psychotropes (plus difficiles à assimiler à une déviance) et peut imposer les usages de substances psychoactives comme des risques professionnels, quand bien même il s'agirait de « remèdes » pour travailler ou récupérer.

2.3.2 Les connaissances sur les liens entre le travail et l'usage de drogues

Les représentations sociales sur les drogues couplées à la domination du paradigme addictologique fonctionnent comme des idées-forces, entendues ici dans le sens donné par le psychanalyste René Kaës (2012), c'est à dire qu' « elles fournissent des schémas tout faits dont il est difficile de se délivrer jusque dans les abords scientifiques de ces domaines. » Les paradigmes sous-jacents de la dangerosité individuelle et de la maladie, plutôt que celui de l'activité, de la régulation et de la santé, favorisent l'intérêt des sciences biomédicales et statistiques pour l'objet « addictions et travail » tel que nous l'avons précédemment analysé. Cet objet provient de ce cadre de pensée et s'y développe. De leur côté, les sciences du travail peuvent difficilement travailler sur les objets « drogues » et « addictions » tels que configurés par les modèles biomédicaux et la majorité des chercheurs, soumis eux-mêmes aux idées-forces sur les drogues, ne semblent pas disposés à questionner ces équilibres. C'est dans ce contexte que la question des drogues au travail a logiquement davantage fait l'objet d'approches biomédicales et juridiques que d'études en sciences humaines et sociales (Midlt, 2011). Historiquement, les chercheurs spécialisés sur le travail ont plutôt ignoré ces questions (validant en creux le compromis qui voulait qu'elles appartiennent à la médecine ou au droit). Certains autres croisant la question des drogues (principalement l'alcool) dans leur recherches sur le travail et la santé ont déplacé leur regard du côté des interrelations entre l'activité, la santé et les usages de psychotropes (renversant le compromis de la maladie et de la déviance individuelle) (Veil, Maranda, Ehrenberg, Dejours et Burlot, Hautefeuille). Ils ont privilégié les savoirs des travailleurs sur ceux des toxicologues, des médecins et des psychiatres. Leurs éclairages développent la connaissance des phénomènes à l'œuvre dans l'augmentation globale de la consommation des psychotropes malgré la « peur du gendarme » dans l'espace public et au travail et la peur de la maladie.

Deux courants majeurs de recherche s'intéressent aux interrelations entre fonctionnement mental, santé et travail. Le premier, de tradition anglo-saxonne, mobilise des études sur le stress et des approches cognitivocomportementalistes, et tente d'expliquer, par les mécanismes psycho-neuro-physiologiques, ce qu'il qualifie de « troubles de l'adaptation au travail », et leur impact sur la santé. Le second, de tradition française, héritière d'une psychiatrie humaniste, de la psychanalyse et de la phénoménologie (Billiard, 2011),

revendique une approche compréhensive du rapport subjectif et psychosocial au travail et constitue au sens strict le champ historique de la psychopathologie et plus récemment de la psychodynamique du travail, de la clinique de l'activité et de la psychosociologie clinique du travail (Molinier, Flottes 2012). Ce n'est pas là le trouble, la pathologie, qui est analysé mais l'homme au travail, et ses consommations de psychotropes. C'est cette réalité quotidienne, cette normalité, pris ici dans le sens défini par Dejours, comme « équilibre instable, fondamentalement précaire, entre souffrance et défenses contre la souffrance » (Dejours, 1999) qui constitue l'énigme centrale de l'analyse.

2.3.2.1 Du point de vue de l'épidémiologie

Dans la perspective épidémiologique et anglo-saxonne dominante, les études qui testent les liens entre travail et usages de psychotropes sont construites sur des méthodes similaires : questionnaires et auto-questionnaires, prélèvements. Elles testent l'existence d'interrelations statistiques entre stress aigu ou chronique et/ou charge de travail et consommations de drogues, types de métier, burnout, violences, cultures de métier et usages d'alcool ou de drogues. Parmi la centaine d'études répertoriées sur les cinq continents (Australie, Suède, USA, Québec, France, Inde, Mexique, Nigéria, etc.) par Durand (Durand, 2008 ; Durand, Gayet et Bijaoui, 2004 ; Durand, 2006 ; Durand, 2007), les indicateurs testés varient : marqueurs biologiques, produits utilisés, quantité de drogues consommée, fréquence des consommations, périodes d'ivresse, niveau de stress, violences, professions exercées, etc., mais les conclusions se recoupent. Il existe de forts liens entre usages de psychotropes et stress, entre certaines activités professionnelles, charge de travail et usages de produits psychoactifs. Ces études alertent sur des fréquences et des probabilités et posent des hypothèses précieuses sur ce que nous pourrions appeler les déterminants professionnels des consommations : « troubles musculosquelettiques », « stress », « pression », et des stratégies de « bien-être » au travail : l'amélioration de la performance ('performance-enhancing behavior') et les stratégies d'adaptation ('coping'). Mais cette problématisation et les outils statistiques mobilisés échouent à décrire et à comprendre la réalité sociale, organisationnelle, des usages et des mécanismes professionnels en jeu, sujet par sujet, organisation par organisation. A charges objectives identiques, les difficultés réelles, l'usure associée, varient en fonctions des conflits de l'activité, des normes, des activités réalisées, des actions empêchées, de l'isolement, de la qualité du collectif, etc. Se sont les études sur le « faire »

plutôt que sur ses « effets », qui éclairent les données épidémiologiques et donnent le sens de leurs interrelations avec les usages de drogues. Ce n'est plus là le trouble, la pathologie, qui est analysé mais la normalité.

Maranda et Morissette (2002) soulignent que « La prédominance des variables personnelles dans les questionnaires et les études épidémiologiques, et le rejet de variables liées aux conditions du travail, explique sans doute le peu de connaissance à ce jour quant au rôle des déterminants professionnels précis, activités et organisation du travail compris, dans l'apparition ou le développement de problèmes liés à la consommation de substances psychoactives. » (Maranda, Morissette, 2002). Les travaux épidémiologiques parlent des salariés mais évoquent rarement l'action, les objectifs et les moyens alloués à la conduite de leurs tâches. Ils ne s'intéressent pas plus aux consommations des dirigeants, des addictologues ou des décideurs politiques, à la nature des interrelations, et des éventuels écarts, entre leur travail, leurs usages de drogues et leur discours sur ceux-ci. Ils font l'impasse sur la complexité et les paradoxes du réel, sur les changements dans le travail contemporain et sur les travaux abordant l'analyse critique de la santé au travail institutionnelle et des risques psychosociaux (Dejours 2011, Clot 2011, Lhuilier 2009, Gollac 20012, Molinier, Flottes 2012). Ce faisant, ils masquent des dimensions conséquentes du réel et contribuent à produire des conclusions parcellaires, voire erronées du fait de leur incomplétude.

Statistiquement il existe des liens directs entre stress, pression, souffrance physique et psychique, et usages de psychotropes. Mais, nous le voyons, ainsi décrits, ces liens ne prennent vraiment sens ni du point de vue des activités, ni même de celui des risques, dans le quotidien professionnel. Ces données alertent a priori sur des fréquences et des probabilités mais n'indiquent pas une direction concrète à suivre quant au travail. Elles posent des hypothèses sur ce que nous pourrions appeler les déterminants professionnels des consommations : « troubles musculosquelettiques », « stress », « pression », et des stratégies de « bien-être » au travail : « l'amélioration de la performance ('performance-enhancing behavior') » et les « stratégies d'adaptation ('coping') ». Ces pistes sont clefs mais ainsi construites ne permettent pas la compréhension de la réalité sociale, organisationnelle, des usages ni des mécanismes professionnels en jeu, sujet par sujet, organisation par organisation. Selon Veil dans Clot (2008) « L'épidémiologie n'a aucune valeur si elle n'est pas greffée sur une excellente clinique » (p.202). Tout reste donc à faire, autrement. Comme le note Beck (2004) « Les données épidémiologiques ne permettent pas encore de distinguer clairement les usages […]. La complexité et la diversité des usages de drogues illicites rendent nécessaire de recourir à des outils d'observation de nature différente, qui s'avèrent complémentaires ».

L'épidémiologie sélectionne et donne à voir des risques organisés, limités, cohérents. La réalité des usages est paradoxale, ambivalente (Suissa, 2008a et 2008b). Il s'agit là d'une démarche relativement risquée, puisque toute erreur dans l'identification des enjeux orienterait vers de « faux besoins » et donc ultérieurement vers la proposition d'actions inadaptées (Van Elslande & Malaterre, 1996). Et Beck (2005a) précise « Les définitions disponibles sont notamment issues des champs juridique (qui classe les substances en fonction de leur statut légal : l'alcool et le tabac ne sont pas des drogues et le cannabis est un produit stupéfiant au même titre que les drogues dites dures), clinique (qui consiste à répartir les substances en fonction de leur capacité supposée à induire une dépendance) ou toxicologique (qui les différencie par leur toxicité intrinsèque supposée, indépendamment des risques de dépendances ou de risques sociaux) ». Ces définitions principalement médicolégales, issues d'une perspective de santé publique, organisent les connaissances et les analyses du côté des produits, du sujet et des risques et les coupent de leur contexte et de leurs fonctions. Dans les faits, les liens entre souffrance, dégradation des conditions de travail, plaintes de stress et prises de produits psychotropes sont complexes, évolutifs, dynamiques (Loriol, 2011). Réels mais imprévisibles. Il est impossible de rattacher de façon causale directe des conditions de travail types avec des plaintes de souffrance et des consommations de substances psychoactives. Non pas que la relation n'existe pas mais parce qu'elle se joue ailleurs (dans le rapport du sujet avec ses activités, dans les rapports des sujets entre eux plus que dans les conditions de travail) et autrement (dans le sens du travail plutôt que dans ses mesures). A charges objectives identiques, les difficultés réelles, l'usure associée, varient en fonctions des conflits de l'activité, des normes, des activités réalisées, des actions empêchées, de l'isolement, de la qualité du collectif.

Le paradigme épidémiologique repose sur une tradition qui associe étroitement recherche et prévention en donnant la primauté à la prévision sur la compréhension (Peretti-Watel, 2004). Les rapports entre souffrance et travail ne sont pas de cause à effet. Il est, de ce fait, très complexe d'établir des bases solides pour une épidémiologie de la souffrance dans le travail (Derriennic, Vezina, 2001). Ceci n'empêche ni la recherche, ni la connaissance, mais invite à se saisir d'un autre cadre théorique et méthodologique.

2.3.2.1 Du point de vue du travail réel

Comme nous l'avons déjà présenté dans le chapitre relatif aux connaissances compréhensives sur les usages de psychotropes, les approches socio-anthropologique, ergonomique et psychodynamique permettent d'opérer un glissement de l'individu, du risque a priori, vers les notions de situation de travail et de pratique sociale, quand bien même les consommations seraient solitaires. Ce déplacement d'objet permet d'éclairer la complexité et le sens des relations entre travail, travailleurs et drogues ; santé, risque et fiabilité. Il n'existe pas de situation de travail qui serait, dans toutes ses conditions, dans tous les cas possibles, pour tous les métiers, à tous les moments, toujours négative ou toujours positive. Il n'existe pas de consommation de substance psychoactive qui serait, dans toutes ses conditions, dans tous les cas possibles, pour tous les métiers, à tous les moments, toujours négative ou toujours positive. C'est l'approche clinique qui permet de décrire et de comprendre la multiplicité des liens et leurs effets réels, dans et sur le travail, et dans et sur les travailleurs.

> « *Pour autoriser une meilleure connaissance des liens entre usages de substances psychoactives et travail, il faut se démarquer des interprétations courantes qui expliquent strictement l'alcoolisme, et les usages de drogues illicites comme des maladies, ou des déviances des comportements récréatifs irresponsables ou des dépendances. La plupart des produits socialement valorisés (alcool, cannabis et cocaïne) dissimulent leur action pharmacologique derrière leur fonction sociale de convivialité, de festivité, de facilitateur de la communication et de la fraternisation (Dejours, 1989).* » (Maranda et Morissette, 2002, p.93).

Prenons une problématique qui illustre bien l'apport de la clinique (du travail) aux seules approches épidémiologique et toxicologique, dominantes. Selon le Bureau international du travail (BIT) cité par Negura, Maranda, Genest (2012), les buveurs excessifs seraient impliqués dans moins de problèmes au travail que les buveurs modérés. Ce constat est explicable à partir de plusieurs données, d'une part issues de la toxicologie (une des explications serait que les buveurs excessifs, et les buveurs dépendants, développent une plus grande tolérance à l'alcoolisation) et, d'autre part issues de la clinique du travail. C'est ici qu'on trouve des éléments de compréhensions exploitables. A partir des observations et des entretiens sur le terrain, une autre explication est que leur entourage professionnel masque et pallie les effets de leurs excès, amortissant les incidents, évitant les accidents (Jeannin, 2003). Cette dimension sociale des usages excessifs est illustrée dans plusieurs études, l'étude de Merle et Le Beau (2004) à La Poste, l'étude de Castelain (1989, 1992) sur les débardeurs du Havre (France) et l'étude de Karam (2011) sur une plateforme pétrolière, notamment. Dans le

cas des débardeurs du Havre, comme dans celui de La Poste, les approches par les activités quotidiennes montrent que les pratiques d'alcoolisation et d'alcoolisme doivent être considérées, en relation les unes des autres, dans les pratiques de sociabilité des professionnels, les pratiques d'entraide au travail et des pratiques de contrôle social. Seule l'analyse de l'interdépendance entre le quotidien du travail et les pratiques d'alcoolisation permet de comprendre comment lorsqu'un débardeur ou un agent n'est plus apte à travailler, son état est masqué, ses tâches sont prises en charge par ses collègues de travail, avec une hiérarchie directe facilitatrice. Les raisons en sont multiples.

Comme l'observe Demetrio (1994) « La consommation excessive donne bonne conscience aux autres « c'est lui qui boit trop » qui ne se posent plus de questions sur leur propre consommation et deviennent complices de la situation. Ainsi se met en place un mode de fonctionnement homéostatique qui évite tout conflit, et tout étiquetage d'alcoolisme qui renverrait de facto les autres du groupe à l'abstinence » (Demetrio, 1994). Les travaux de Maranda et Morissette (2002a) complètent cette analyse : « La banalisation des usages de substances psychoactives est, pour part, (…) l'addition de pratiques individuelles, mais elle est surtout celui d'une bonne acceptabilité sociale construite sur des pratiques collectives et des cultures de groupes professionnels ». Mais ce camouflage n'est pas toujours qu'une entre-aide (Roman et Trice, 1976 dans Maranda et Morissette, 2002a).

L'étude faite par Karam (2011) sur une plateforme pétrolière, montre, qu'en situation de compétition au sein des équipes, la concurrence va jusqu'aux conduites déloyales entre collègues pour ne pas risquer de perdre le pouvoir dont ils disposent et leur sécurité d'emploi (Karam, 2011, Dejours, 2000, 2007). Les employés acceptent alors l'alcoolisme d'un de leurs collègues pour profiter de sa fragilisation associée. « Suivant les métiers, les cultures de métiers, certaines consommations vont être perçues comme normales, voire bénéfiques et favorables ou au contraire comme stigmatisantes, honteuses et très négatives ». (Loriol, 2010). Ce sont les études en sciences du travail qui éclairent les données épidémiologiques et donnent le sens de leurs interrelations avec le travail. Elles ne s'opposent pas aux travaux des sciences « biomédicales », elles les déplient, les affinent, les singularisent, les humanisent. La singularité est un invariant humain, au sens scientifique. Dans ses travaux en psychologie du travail, Clot (2008) cite, par exemple, que les recherches de neuroscience étayent celles de neuropsychologie obtenues par Alexandre Luria (1985, 1995) mais ce dernier en décale l'impact, l'enjeu : « Si le cerveau se révèle de plus en plus comme une ressource insoupçonnée pour la pensée, il n'en est pas la source. Celle-ci se trouve dans le commerce

des hommes entre eux. » (Luria dans Clot, 2008). La suite de notre recherche définira et mobilisera plus finement cette perspective clinique.

Au cœur de ces changements de paradigme, ce sont les connaissances sur les interrelations entre le travail et les usages de drogues qui se transforment. Régulièrement les chercheurs croisent des situations de consommation d'alcool, de tabac, ou de médicaments, parfois pathologiques, parfois non, mais qui semblent avoir un sens et des liens avec la conduite du travail dans les conditions imposées par l'organisation, qui ne sont pas exclusivement ceux de la déviance et de la maladie. Dans les années 50, en France, c'est d'abord la psychopathologie du travail qui rompt avec la perspective strictement individuelle et pathogène des drogues au travail (principalement l'alcool et le tabac), elle les observe et les questionnent du côté de leur sens professionnel. Plus tard, dans les années 80, la psychodynamique du travail pousse l'analyse du côté des stratégies collectives de consommation d'alcool comme moyen de conduire ses activités et de préserver sa santé. A partir des années 2000, au Québec, ce sont les nombreux travaux, communs et séparés, des chercheurs québécois Negura, Maranda, Rhéaume, Morissette et Genest (2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2012, 2014) qui posent un jalon nouveau dans la recherche sur les interrelations entre le travail et les usages de psychotropes.

2.3.3 La catégorie du « dopage professionnel »

Le terme de dopage, dans un sens trivial, est couramment utilisé pour signifier le recours à des substances, naturelles ou synthétiques, dans le but d'augmenter ses capacités et/ou ses résultats au quotidien (Ehrenberg, 1995). A la fin des années 90, Patrick Laure, médecin et sociologue, propose le terme de « conduite dopante » plutôt que celui de dopage pour qualifier « un ensemble d'actes observables (le processus de recours au produit) par lequel, dans un contexte d'incertitude, une personne tente de s'adapter de façon performante à la représentation qu'elle a d'une situation donnée » (Laure, 2000). A la différence du terme dopage, la notion de conduite dopante n'oriente plus le regard et l'analyse du côté de la légalité/déviance, mais du côté de sa matérialité physiologique et psychosociale, de son sens et de ses effets. D'après l'INPES « Il est question de conduites dopantes lorsqu'une personne consomme une substance chimique ou un médicament pour affronter un obstacle, réel ou

ressenti, ou/et pour améliorer ses performances, qu'elles soient physiques, intellectuelles, artistiques, etc. Il n'existe pas une, mais une multitude de conduites dopantes. » (INPES, 2011). Aujourd'hui cette quête d'être « mieux que bien » (Kramer dans Ehrenberg, 1995) se diversifie et se généralise. Aux USA, les recours aux psychostimulants (lancés à la fin des années 80 avec le Prozac) sont un marché et une nouvelle idéologie. Sous l'impulsion de l'industrie pharmaceutique, et d'une certaine médecine dite de l'amélioration, ce que les américains appellent le « human enhancement » (l'amplification humaine) ou « neuroenhancement » (amplification neurologique) (Braetisch, 2010 ; Dussurgey, 2014) se développe et s'organise. Les « enhancers » (amplificateurs) visent à améliorer l'ensemble des capacités mobilisant le système nerveux central, en dehors de toute pathologie. Il s'agit d'améliorer la perception sensorielle, l'activité motrice, la communication, l'émotion et l'humeur, la cognition, le comportement social et moral. (Clark P A. Contemporary Issues in Bioethics, 2013, dans Dussurgey, 2014). Cette nouvelle logique a été qualifiée en 1993 de « psychopharmacologie cosmétique » (Kramer dans Ehrenberg, 1995) ou de « neurologie cosmétique » (Dussurgey, 2014). En France, ce type de médecine et de pharmacochimie de l'amélioration était historiquement réservé aux sportifs de haut niveau et aux militaires. Officiellement, le fait de se faire prescrire et d'utiliser des médicaments psychotropes en dehors de toute pathologie, dans une logique de « neuroamélioration », entre dans la catégorie des « abus de prescriptions de médicaments » (Baertschi, 2010). Notre médecine est une science du soin aux malades au regard de normes statistiques de santé, pas encore une science de l'amélioration. Mais déjà, pour Baertschi : « le compromis social vacille. L'idée de la performance chimiquement assistée semble acceptée par les citoyens. Quand Ben Johnson a été déchu de sa médaille d'or, on a observé une augmentation des ventes de stéroïdes anabolisants dans la population, parce qu'elle a reçu comme message que justement cela marchait, puisqu'il avait gagné » (Baertschi, 2010). C'est un constat identique qui vient d'être fait après les déclarations de Maria Sharapova, championne de tennis russe et égérie du luxe, qui a reconnu le 7 mars 2016, avoir été contrôlée positive au Meldonium (Le Monde, 8 mars 2016). Entre le 7 et le 13 mars 2016, les ventes de ce médicament ont plus que doublé (+220%) en Russie (TennisActu, 20 mars 2016). Pour Michel Hautefeuille, médecin addictologue, « L'inflation de la prise de médicaments répond toujours au même souhait : se stimuler, être plus performant, être plus imperméable au stress, être plus adapté. Ils prennent tous ces produits pour assurer le quotidien, c'est-à-dire, en un mot, pour être normaux. » (Hautefeuille, 2002). Paradoxalement, l'environnement sanitaire est largement porteur des dynamiques sous-jacentes à ces pratiques. Dans le milieu étudiant, en 2015,

l'enquête de six médecins auprès de 1700 étudiants en médecine montre un recours banalisé aux compléments alimentaires et aux substances psychotropes (vitamines, café, tabac, Guronsan, Ritaline, Modafinil, corticoïdes, cocaïne, etc.) pour améliorer la concentration, l'éveil, le sommeil, etc. (Le Monde, 20/08/2015). En 2013, l'enquête d'Amélie Normand et Ariane Palmowski, étudiantes en cinquième année de Pharmacie, auprès de 407 étudiants de la Faculté de Pharmacie de Tours, indique que 64% d'entre eux déclarent consommer des médicaments pour préparer leurs examens, généralement pour rester éveillés. Depuis plusieurs années, en période d'examens, les pharmacies aménagent des linéaires « Pour étudiant » ou « Spécial examen ». Il existe maintenant des médicaments dédiés. Des vitamines (A, B, C, E, etc.), des oligo-éléments (magnésium, fer, etc.), des acides aminées, etc., disponibles par ailleurs, sont conditionnées par les laboratoires pharmaceutiques sous forme de cure « anti stress » ou « booster de mémoire » spéciale pour les étudiants (nous trouvons par exemple le « Memoboost Étudiant » ou le « Bioptimum Pack Exam »). En 2014, questionné sur ces pratiques marketings, Gilles Bonnefond, président délégué de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), les défend en stipulant l'absence de dangerosité (la maîtrise des doses) et de trouble associé : « Nous sommes habilités à délivrer des médicaments ou compléments alimentaires délivrés sans prescription. On ne peut pas assimiler ça à des produits détournés ou à des excès. » (Scotto, 20 Minutes, 02/06/2014). L'analyse porte sur la nature du produit et sa dose, elle masque d'autres enjeux de santé. Pour Michel Hautefeuille, c'est le sens des conduites qui devraient retenir toute l'attention. « Ce n'est pas la quantification par rapport aux substances qui va être déterminante, c'est vraiment le rôle que ce comportement prend dans l'économie psychique de la personne en relation avec son environnement. » (Hautefeuille, 2012). En 2011, la pharmacologue, Caroline Binsinger, et la sociologue, Audrey Friser, s'alarmaient de la situation des conduites dopantes en France. D'après leur état des lieux, « Les conduites dopantes, répondent au moins à quatre des cinq critères de définition d'une « priorité de santé publique » (Haut comité à la santé publique) :

- Le premier de ces critères est *l'ampleur du problème*,
- Le second critère repose sur *les risques engendrés* pour l'individu et/ou pour la société,
- Le troisième de ces critères est la *perception sociale* du risque,
- Le quatrième est la *possibilité d'intervention* (mener une prévention active et efficace, afin de réduire la prévalence des néo consommateurs de quelque produit que ce soit).

(Binsinger et Friser, 2011, p.18).

Les pouvoirs publics affichent cette question comme une composante de la politique générale de prévention des conduites addictives (MILDECA, 2014) et non pas comme une priorité de santé publique. La question demeure pensée du côté de l'addiction et non pas de celui de pratiques sociales diverses aux fonctions communes. « Rien de comparable en effet entre l'étudiant qui consomme des compléments de vitamines de façon très ponctuelle en période d'examen et celui qui consomme régulièrement ou à forte dose des anabolisants pour développer sa musculation ou améliorer ses performances physiques, ou des gluco-corticostéroïdes pour repousser les limites de la fatigue. » (MILDT, 2011).

2.4 La prévention des conduites addictives en milieu professionnel

Dans cette partie, nous investiguons la prise en compte des usages des psychotropes en santé au travail et en prévention des risques professionnels, les acteurs, les tâches prescrites, les activités réalisées et les activités empêchées, les critères d'évaluation, les effets, etc. Nous observons principalement des prescriptions de l'action publique, des normes de l'addictologie et de la gestion, des acteurs institutionnels, des visées et des moyens individualisants, des occultations et des impasses sur le travail et la santé.

2.4.2 L'action publique sur les drogues en milieu professionnel

2.4.2.1 Le choix de l'approche « addiction et travail »

Les connaissances sur l'alcool, la cocaïne, les médicaments psychotropes, les opiacés, etc., et sur leur permanence dans toutes les sociétés - comme rite de passage et de responsabilisation, comme soutien et soulagement des activités humaines quotidiennes - auraient pu être au fondement d'un questionnement « travail et psychotropes ». C'est la centralité du pharmakon et des usages (une composante clef de sa dangerosité, rappelons-le) qui aurait pu prévaloir, priorisant l'analyse du côté des pratiques (individuelles et collectives)

et de leurs fonctions (culturelles, sociales, thérapeutiques, etc.) en lien avec le travail. Mais l'histoire de la notion « Addiction et travail » se superpose à celle d'addiction non pas à celle de pratiques culturelles et de fonctions, et, avec Alain Morel, nous constatons que « L'histoire des addictions (au sens des dépendances et toxicomanies) ne se confond pas avec celle des drogues, elle se confond avec celle de la médecine et du contrôle social » (Morel et coll. 2015, p.). C'est autour de la centralité des personnes en difficulté avec des produits, personnes alcooliques ou toxicomanes, que la question « drogues et travail » s'est construite internationalement et s'est imposée à partir des années 90 dans l'espace social et productif.

Le positionnement du Bureau international du travail (BIT) en 1996, est représentatif de la perception de l'époque : « Les problèmes d'alcool et de drogue peuvent avoir diverses causes : personnelles, familiales, sociales, professionnelles. Ils nuisent non seulement à la santé et au bien-être des travailleurs mais aussi à la façon dont ils s'acquittent de leur travail. Comme ces problèmes ont des causes multiples, il existe aussi de multiples manières d'envisager la prévention, l'assistance, le traitement et la réadaptation. Certes, il serait souhaitable de vaincre définitivement l'alcoolisme et la toxicomanie, mais l'expérience montre que c'est un objectif difficile à atteindre. En revanche, on peut, sur le lieu de travail, aider les personnes qui souffrent de ces problèmes. Les travailleurs de même que les employeurs ne peuvent que tirer profit d'une politique de prise en charge des problèmes liés à l'alcool et à la drogue sur le lieu de travail. » (Bureau international du Travail, 1996). Dans les années 90, la perspective dominante est celle de problèmes individuels émergeant dans le travail (quand bien même il y aurait des causes professionnelles aux usages) : la terminologie est celle de la fatalité pour l'entreprise (« il serait souhaitable de vaincre définitivement l'alcoolisme et la toxicomanie, mais l'expérience montre que c'est un objectif difficile à atteindre »), et c'est aussi la volonté d'agir dans la logique de l'aide et de l'assistance plus que dans celle de la prévention, de l'analyse et de la santé au travail.

En 2016, Addiction et travail est un terme socialement fort et scientifiquement faible. Nous le retrouvons sous cette forme - ou sous des variantes : conduites addictives en milieu professionnel, risques liés aux addictions en entreprises, etc. - dans les rapports institutionnels (MILDT, MILDECA), les guides de bonnes pratiques (INRS, MILDT/DGT) et le Plan santé travail 2016 (PST3). A l'inverse, nous ne le retrouvons que rarement dans les travaux scientifiques sur le travail, sur la santé et la prévention des risques professionnels. Il s'agit d'un puissant compromis social et politique, plus que d'un concept scientifique. La carrière de ce terme que nous pourrions qualifier d'outil au sens commun du Larousse, d'« élément d'une activité qui n'est qu'un moyen, un instrument » (Larousse, 2016), pourrait se rapprocher de

celle des « risques psychosociaux ». Il émerge initialement dans le vocabulaire et les perspectives des soignants, des pouvoirs publics et des représentants patronaux avant de s'insérer dans les entreprises et les syndicats, et d'organiser le sens de l'action qui en découle. Or, comme l'éclaire Michel Gollac, à propos de l'histoire des risques psychosociaux, « une situation où l'un des partenaires sociaux jouit d'un monopole sur la définition des situations de travail n'est pas propice à un traitement équilibré, ni même à une connaissance complète de celles- ci » (Gollac, 2012, p.6). Mais, comme il le souligne par ailleurs, nous pensons que « Plutôt que de stigmatiser telle approche comme trop « patronale » ou trop « syndicale », il importe, d'un point de vue scientifique, de préciser la signification accordée (aux) mots » (Gollac, 2012, p.7), pour ce qui nous intéresse ici, addiction et travail. Nous les développerons dans le paragraphe « L'approche compréhensive : comprendre les drogues, le travail et leurs liens ».

2.4.2.2 La politique « addiction et travail »

Depuis le début des années 2000, en France, les pouvoirs publics se mobilisent pour généraliser la prévention des consommations de drogues et d'alcool dans le milieu professionnel (Reynaud, Lagrue, Parquet, 1999 ; Reynaud, 2002 ; MILDT 2006, 2009, 2010). Alertés par l'évolution des dommages liés aux usages de substances psychoactives, licites et illicites (Reynaud et coll., 2013), et par les profils des consommateurs, globalement des sujets adultes insérés (travailleurs et chômeurs), l'objectif des gouvernements successifs est de contribuer à diminuer ces consommations chez les actifs. Pour la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) et les acteurs de l'addictologie naissante (Reynaud et coll., 2002), il s'agit de cibler les adultes, consommateurs de psychotropes là où les messages sanitaires et sécuritaires peuvent facilement les atteindre : dans les organisations professionnelles où ils évoluent et dans les services de médecine du travail qui les suivent (Reynaud, Lagrue, Parquet, 1999 ; Reynaud, 2002 ; MILDT 2006, 2009, 2010). La prévention qui s'organise progressivement dans les entreprises et les administrations est basée sur l'idée maîtresse que l'usage d'alcool ou de drogues est un risque et qu'il s'agit donc de s'abstenir au travail (Reynaud, Lagrue, Parquet, 1999 ; Reynaud, 2002 ; MILDT, 2006, 2009, 2010 ; INRS, 2008 ; 2013). Les consommations des chômeurs préoccupent moins (pas de données sur les « dommages évitables » associés, pas d'étude spécifique) et sont plus difficiles à atteindre. La question qui s'impose vis-à-vis des actifs est univoque : le système travailleur/substance

psychoactive/travail est un problème (Maranda, Morissette, 2002). Cette politique propose donc des approches individualisantes (promotion de la santé, gestion des conduites à risques, soin) qui évitent d'évaluer la nature du travail (ses ressources et ses risques), des usages et de leur éventuelle ambivalence. Dans ce mouvement unanime de lutte contre les conduites addictives au travail, il est à noter deux écueils :

1/ La question des médicaments psychotropes est soigneusement mise de côté

2/ Personne ne semble s'intéresser à la question du « comment » et du « pour quoi » les actifs sont-ils de si gros consommateurs de médicaments psychotropes, d'alcool, de tabac et de drogues ? Quels recours cherchent-ils, dans ces produits, dont ils semblent ne vouloir se passer et qu'ils ne trouveraient, semble-t-il, pas ailleurs ?

A compter de début 2000, les supports d'information et de sensibilisation à destination des employeurs, des salariés et des services de médecine du travail, se multiplient. Il s'agit de transmettre un message sanitaire univoque, permettant de clarifier les bonnes pratiques en matière de consommations d'alcool, notamment, et de gestion des abus (Demortière, Michaud, Dewost, 2005 ; DGT. circulaire 2008/22 ; INRS, 2008, 2013 ; ARS de Haute-Normandie/MILDT 2010). Avant cette mobilisation volontariste des acteurs de l'addictologie et de l'État, les demandes d'intervention en milieu professionnel étaient régulières mais isolées, généralement le fait de grandes entreprises qui s'alertaient d'une ou plusieurs situations d'alcoolisation chronique ou d'un accident lié à l'alcool (INPES, 2001). En réponse, l'accompagnement proposé à l'époque par les opérateurs de l'alcoologie, puis de l'addictologie, se construisait déjà autour du triptyque médico-légal-social. Ce triptyque permettait de formaliser la gestion bienveillante des troubles, l'information générale de tous les professionnels et l'orientation vers le soin des personnes à risque (Lutz, 2015). Faute de préoccupation pour l'analyse du travail, du côté des acteurs de l'alcoologie (et ensuite de l'addictologie), et faute d'études de référence sur les liens travail-santé-usages de drogues, la démarche promue était ouvertement coupée de toute investigation des dynamiques et des déterminants professionnels en jeu (Lutz, 2016). L'invisibilisation des composantes professionnelles des usages de psychotropes est à la fois cause et conséquence du manque d'étude de référence sur cette thématique (Crespin, Lhuilier, Lutz, 2014). A compter de la construction de la thématique « addiction et travail » en politique publique, début 2000, ce besoin largement recensé d'études a conduit les pouvoirs publics à financer de nouvelles recherches et commanditer de nombreux rapports. Au fur et à mesure de la production de résultats, certains sont retenus et largement diffusés et d'autres écartés (Lutz, 2015). Il s'agit

d'utiliser les conditions sociales favorables à l'acceptation de l'introduction de la prévention contre les usages de substances psychoactives dans le milieu professionnel et dans les services de médecine du travail (Reynaud, Lagrue, Parquet, 1999 ; Reynaud, 2002).

La prévention en milieu professionnel a d'abord consisté à lever le déni en ce qui concerne les consommations d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes (INSERM, 2003, MILDT, 2009, 2010). Historiquement, cette approche a eu des effets bénéfiques, notamment celui de mettre en exergue le problème et d'améliorer l'orientation vers le soin des personnes en difficultés avec l'alcool (INSERM, 2003). Mais elle a aussi ses limites. En effet, elle n'évalue pas les dynamiques dangerosité/effets bénéfiques des usages de drogues sur le travail ; elle ne transforme pas, ou peu, la fonction et le sens des consommations de psychotropes pour « faire son travail » dans les conditions imposées par l'organisation du travail et les cultures managériales. Ainsi, malgré les travaux montrant que l'évolution du travail, la souffrance physique et psychique et l'usure professionnelle influencent le recours à ces substances (Ehrenberg, 1995, 1999 ; Dejours, 2000 ; Karam, 1997, 2011 ; Fontaine et Fontana, 2002), aux côtés des médicaments psychotropes, la nécessité d'investiguer les liens entre les usages de drogues et les activités professionnelles n'a jamais été préconisée dans les plans gouvernementaux (MILDT 2006 ; MILDT 2008-2011 ; MILDECA 2013-2017), ni dans les différentes travaux de l'INRS (INRS, 2008, 2013).

2.4.3 Cadrage juridique, concepts et recommandations institutionnelles

2.4.3.1 Le cadre juridique

Dans le milieu professionnel les mesures de prévention doivent être conformes au respect des libertés individuelles et aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail (article L.4121-2). Ces principes généraux imposent aux employeurs « d'éviter les risques », « d'évaluer les risques qui ne peuvent être évités », de « combattre les risques à la source », « d'adapter le travail à l'homme », « de prendre les mesures de protection collective », etc. En complément, deux articles du Code du travail, spécifiques aux usages de substances psychoactives, réglementent l'action en faveur de la santé et de la sécurité des biens et des personnes. L'article R4228-20 indique qu' « aucune

boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail ». L'article R4228-21 « interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse ».

Dans le cadre de la réforme de l'organisation de la médecine du travail, la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 donne notamment pour nouvelle mission aux équipes pluridisciplinaires de santé au travail (médecins du travail, intervenants en prévention des risques professionnels, infirmiers. Article L.4622-8) celle de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Ces mobilisations réglementaires de l'entreprise et de son service de santé au travail, correspondent à deux recommandations du Livre blanc de l'addictologie française (FFA, 2011):

- Proposition 19 : « Inscrire la prévention dans la vie de l'entreprise en dotant les Chsct de missions de prévention en matière de consommation de produits psychoactifs »
- Proposition 80 : « Inciter tous les établissements de santé au travail à intégrer un volet addiction dans leur projet d'établissement et leur CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens). »

Tout l'enjeu pour les employeurs, les salariés et les services de santé au travail (ou de médecine préventive des établissements publics), est de construire, autour des usages de drogues, licites et illicites, des interventions dans le travail adaptées aux principes généraux de libertés et d'obligation de moyens et de résultats en santé et en sécurité au travail.

Confiée aux services de santé au travail par la loi du 20 juillet 2011, la mission de « prévention des consommations d'alcool et de drogues », se heurte à de nombreuses difficultés de mise en œuvre dans les équipes pluridisciplinaires : diversité des pratiques, d'outils, d'objectifs, de formations (INPES, 2011). En l'absence d'un outil d'évaluation et de traçabilité collective des liens « usages de psychotropes/travail » qui fasse autorité, c'est un système gestionnaire qui articule repérage, alerte, orientation/soin, suivi, sanction (INRS, 2013) qui l'emporte. Sommés d'agir, des études montrent que nombre de médecins ne savent toujours pas comment aborder, de manière pleinement satisfaisante en médecine du travail, leur mission de « prévention des consommations d'alcool et de drogues » (INPES, 2011).

2.4.3.2 La gestion des risques

Historiquement, en santé et sécurité au travail, « prévenir les risques », « protéger » et « réparer » étaient les principales revendications des salariés (Omnès et coll., 2009). Aujourd'hui, face à ce qu'il est commun d'appeler « les troubles du comportement individuel », salariés et employeurs s'accordent à vouloir protéger les individus d'eux-mêmes et des autres (Clot et Lhuilier, 2010). La perspective de la « dangerosité individuelle », qui sous-tend la question de la prévention des psychotropes, la range dans cette dynamique globale. « Le risque est déterminé, d'une part par les propriétés pharmacologiques du produit, d'autre part par les modalités de la consommation, en particulier par les situations où ont lieu la consommation : on pense ainsi tout particulièrement aux tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles). » (Reynaud, Parquet, Lagrue, 1999). Dans cette approche, médicale et juridique, le travail est pensé en tant que contexte, comme le théâtre des activités humaines et, éventuellement, de leurs consommations. L'objectif devient celui de protéger cette scène des effets des produits « modificateurs de l'état de conscience », qui, dans l'assertion de Reynaud, Parquet, Lagrue, sont enfermés dans le sens univoque de l'altération, de la perte de capacité. La force de cette problématisation est qu'elle rencontre les littératures juridique et managériale qui combinent organisation et division du travail, obéissance et conformité des opérateurs et surveillance et sanction des managers (Boussard, 2008) avec une dynamique sociétale de « médicalisation des questions sociales ».

Les recommandations pour les employeurs, les salariés et les équipes de santé au travail, sont organisées sous forme de guides de bonnes pratiques d'information et de prise en charge autour d'outils et de procédures (Reynaud 2002 ; MILDT/DGT 2007, 2011 ; INRS 2008). Les stratégies de prévention des risques liés aux consommations de substances psychoactives préconisées par l'Inrs (2013) (voir annexe 6) et le Guide Mildt/Dgt (2012) et le groupe Pompidou proposent d'intégrer la prévention des consommations de substances psychoactives à la démarche de prévention globale de l'entreprise selon un canevas en neuf grandes étapes :

1. Mettre en place un comité de pilotage (avec le Chsct ou avec l'employeur, des salariés et le service de santé au travail pour les petites et très petites entreprises)
2. Faire un constat concerté préalable des consommations de substances psychoactives et des problèmes qu'elles soulèvent dans l'entreprise

3. Organiser ou clarifier le cadre réglementaire concernant les protocoles d'intervention, de prise en charge et de contrôle : les conduites à tenir face aux situations de consommations (tabac, alcool, drogues illicites) et/ou de troubles comportementaux et cognitifs en milieu de travail, l'utilisation éventuelle d'outils de dépistage
4. Déterminer ou clarifier les rôles de chacun dans ce cadre réglementaire
5. Définir les signaux et les indicateurs d'alerte, d'orientation et de suivi
6. Travailler avec des relais : service de santé au travail, caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour établir le constat préalable (étape 2) ou pour l'orientation et le suivi des personnes en difficultés
7. Repérer cliniquement les consommations à risque de substances psychoactives par les services de santé au travail (Rpib)
8. Les personnels d'encadrement sont souvent les premiers acteurs impliqués dans la gestion des problématiques addictives en milieu professionnel. Il est recommandé de leur proposer une formation spécifique afin de mener une réflexion sur l'attitude à adopter face aux conduites addictives. Comment en parler avec un personnel en difficulté ? Comment aider et accompagner celui-ci tout en maintenant une activité professionnelle de qualité ?
9. Inscrire dans le document unique des entreprises privées et publiques le risque dû aux conduites addictives et en particulier celui lié à la consommation de produits psycho-actifs. Il en découlera ainsi un plan de prévention, d'action et de formation.

Les représentations et partis-pris méthodologiques sous-jacents à ce canevas sont
1) les usages de substances psychoactives sont du côté des dynamiques individuelles et privées des couplages produit/sujet, usage/maladie
2) les questions de sécurité et de santé sont avant tout des questions de normes et d'experts : mesure et application de doses, seuils de risque/usages, soin et prise en charge des « malades »

Nous l'avons souligné, les « bonnes pratiques » sont construites sur les principes de la gestion : rationalité, conformité et performance (Boussard, 2008) mais ces mêmes guides ne

développent pas les résistances réel dans les entreprises et les services de santé au travail, ni sur les effets réels de ces pratiques sur les liens entre le travail et les usages de drogues. Une question posée par la sociologue Valérie Boussard (2008) retient toute notre attention à ce stade : « la gestion fait-elle ce qu'énonce la Gestion ? ». L'analyse des résultats de nos terrains apportera des éléments de réponse à cette question.

2.4.3.3 Dépistage et repérage précoce

La prévention des consommations de psychotropes, telle qu'elle est mise en équation du côté des individus, prend l'employeur en tenaille entre deux objectifs d'égale nécessité : d'une part respecter la liberté et la vie privée des salariés, d'autre part respecter son devoir de résultat de santé et de sécurité et notamment « l'interdiction de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse » (article R4228-21 du code du travail). Dans l'idée de pouvoir détecter pour mieux faire cesser les risques, les dirigeants se sont vus octroyer le « droit de savoir » (Crespin, 2015) si leurs salariés consomment des psychotropes et/ou travaillent sous leur influence. Ce « droit de savoir » (pour prévenir les risques) s'est progressivement articulé au développement considérable des technologies de surveillance et de contrôle de l'espace de travail de ces vingt dernières années (Crespin, 2015) et à la médicalisation de la prévention (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Le recours aux tests de dépistage des drogues (alcool, stupéfiants, médicaments) auprès des salariés, s'inscrit dans cette tendance générale au contrôle et à celle de la médicalisation de la prévention (Peretti-Watel, Moatti, 2009). Pour autant, cette possibilité ne signifie pas l'abandon par les salariés de leur droit au respect de leur vie privé dans l'espace « public » du travail. La loi, encore en formation, tente de tenir ensemble les droits de l'employeur à connaître l'aptitude des salariés, notamment sur les postes à risque ou de sécurité, et ceux des salariés à préserver leurs libertés individuelles. Issue de la réglementation liée au dépistage de l'alcool au poste de travail, voici les grandes étapes de la construction de la loi actuelle.

En 1980, le Conseil d'État (Arrêt Corona du 1er février 1980) autorise, et limite, le recours à l'alcootest par l'employeur comme outil d'aide à la décision face à une situation de danger réel et sérieux. En 1987, c'est à nouveau le Conseil d'État (Arrêt RNUR du 9 octobre 1987), qui juge que l'alcootest ne peut pas être utilisé par l'employeur pour constater une éventuelle faute disciplinaire. Son utilisation doit se restreindre à des questions de sécurité et

de santé au poste de travail. En 1990, l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) se positionne contre la mise en place systématique d'un dépistage (circulaire n° 90/13 du 9 juillet 1990). Si les salariés doivent exercer correctement leurs tâches, dans le respect des exigences du contrat de travail, c'est au médecin du travail, dans le cadre de l'aptitude médicale au poste de travail, qu'il appartient de décider le recours à des examens complémentaires, et par exemple à un dépistage. Entre 2007 et 2012, par l'intermédiaire de la MILDT et de son président, Etienne Apaire, les pouvoirs publics poussent dans le sens d'une utilisation facilité des tests de dépistage (Crespin, 2015). En 2011, la MILDT saisit le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur la « possible utilisation du dépistage de produits illicites en milieu de travail » (CCNE, 2011). A cette question, le CCNE énonce la réponse suivante : « À condition d'être uniquement une intervention dérogatoire de la société dans l'exercice des libertés individuelles, le dépistage médical de l'usage des produits illicites en milieu de travail est acceptable au plan éthique. Souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité, ce dépistage devrait être élargi pour ces mêmes postes à l'abus et même à l'usage de l'alcool. Le CCNE estime néanmoins qu'une généralisation du dépistage banaliserait la transgression du devoir de respecter la liberté des personnes ». (Conclusion de l'avis N°114 du CCNE - Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection).

C'est dans ce cadre éthique que le dépistage se développe dans les entreprises, avec des effets très limités en terme de santé au travail et de sécurité (Crespin, 2015). Comme les travaux sur l'utilisation des alcootests le montrent aussi (INSERM, 2003), l'utilisation des tests de drogues transforment les usages (ils sont davantage cachés et impliquent des stratégies de dissimulation ou de choix de produits indétectables, etc.) sans supprimer le recours aux psychotropes (logique de substitution et de médicalisation des usages) ; elle accélère le repérage des individus dépendants et leur orientation vers le soin ; elle n'évalue pas et ne prévient pas les risques professionnels. Avec le dépistage, les employeurs examinent s'il y a ou non infraction aux normes générales en vigueur là où il s'agirait de mesurer les conditions d'usage pour les prévenir. Mais en faisant du dépistage la solution pour lutter contre l'usage de drogues, les entreprises peuvent se présenter comme des organisations responsables et réactives aux enjeux sociaux tout en apparaissant sensibles aux problèmes rencontrés par leurs salariés (Crespin, 2009, 2012, 2015).

2.4.3.4 Dépistage et repérage précoce en médecine du travail : une logique de médecine de surveillance

Le travail contemporain évolue dans une ère du tout-gestionnaire qui

> « *postule qu'une organisation peut être maîtrisée, au sens ou les comportements et les actions des différents éléments, humains et non humains, peuvent être connus, calculés, prévus, ajustables* » (Boussard, 2008).

Dans cette logique la prévention n'est plus l'observation et la connaissance de la situation, sans jugement ni arbitrage a priori, mais une évaluation au regard des normes (Boussard, 2008). La santé et la sécurité sont rabattues du côté de la surveillance et du contrôle individuel des travailleurs, en fonction de normes préétablies, et certains employeurs pressent pour que la médecine du travail devienne une médecine de surveillance (Armstrong, 1995) concentrée sur des missions d'expertise et de sélection d'une pseudo-normalité. Plus que tout autre, la prévention des usages de drogues, du fait même des idées-forces qu'elles mobilisent, rentre dans ce schéma de la déviance et de la faute personnelle. Basée sur le schéma de l'addiction (déviance et maladie), si ce n'est pas la faute que la prévention invoque, c'est la maladie.

Au canevas de surveillance de la prévention des consommations d'alcool et de drogues au travail (cadrage juridique, gestion des risques, dépistage), les travaux de la Société française d'alcoologie (SFA) associée à la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) préconisent d'ajouter la pratique du « repérage précoce » et de « l'intervention brève. » (SFA/SNMT, 2013). Cette démarche est présentée par les addictologues et les pouvoirs publics comme la solution face au dénuement, ou au refus de la surveillance, des médecins du travail (INPES, 2011 ; Lemaitre, 2015). Basée sur une approche descriptive et hygiéniste, elle construit et guide le dialogue autour de la notion de limites à respecter. « Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. L'objectif est de repérer les consommations à risque de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent ». (HAS, 2014). L'intervention brève est basée sur un « entretien motivationnel » qui repère la motivation du salarié à changer ses consommations préalablement repérées, ou non, et a comme but la diminution des usages (HAS, 2014). Cela sous-entend une formation au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) des médecins et infirmiers de santé au travail. Cette approche, développée à l'origine pour l'alcool (ANPAA, 2006 ; IPPSA, 2008) est construite sur les seuils de risque, ou les normes, et le « modèle transthéorique » de changement de nos comportements de santé, un

modèle comportementaliste introduit par les psychologues Prochaska et DiClemente à la fin des années 1970 (HAS, 2014). L'utilisation du RPIB en santé au travail est un outil de gestion des risques (MILDECA, 2013 ; MILDECA, 2015) plus que de santé au travail, « un dispositif, au sens de Foucault (1975), c'est-à-dire l'articulation entre des éléments hétéroclites et de nature distincte. Certains sont d'ordre sémantique, discursif, et d'autres d'ordre matériel, technique, normatif » (Boussard, 2008). Le RPIB autorise une relation non moraliste entre les travailleurs et l'équipe médicale du travail, mais elle enferme toujours autant la question de toutes les drogues, des Sujets et de leur dangerosité et la prévention du côté du côté des normes de santé, plus que du côté de leur évaluation au regard du réel.

Conclusion

Le choix de la clinique du travail comme cadre théorique de notre recherche pose la question du statut des connaissances biomédicales, juridiques et gestionnaires. Ces sciences ne constituent pas notre cadre théorique mais des objets d'étude et de discussion. Nous avons largement analysé les notions addiction, maladie, dangerosité, faute, responsabilité, repérage, contrôle qui dominent largement dans les milieux professionnels. Elles étayent généralement les discours et configurent les savoirs, les représentations et les pratiques de nos interlocuteurs. En s'intéressant aux interrelations entre le travail et les usages de drogues, et aux interventions sur ces interactions, notre thèse va à la rencontre de ces arguments omniprésents et de leurs tenants. Nous devons les connaître et en comprendre finement leurs usages (dans les discours et les pratiques), leurs dynamiques psychosociales sous-jacentes (représentations sociales et idées-forces) et leurs effets chez nos interlocuteurs comme chez nous-même. Si elle se construit dans un autre cadre épistémologique, notre recherche ne peut faire l'impasse sur ces dimensions. Cette rencontre n'est pas seulement incontournable, elle est l'un des objets d'étude de notre terrain de recherche.

En argumentant autour des causes privées, des modes de vie et des comportements individuels, les pouvoirs publics, les acteurs du champ addictologique et de la santé au travail, font l'impasse sur l'identification des processus professionnels en jeu. Le repérage, le dépistage et la prévention des risques liés aux drogues, nous paraissent partiels et partiaux du point de vue de l'activité et de la régulation du travail et des stratégies de santé. Nous pensons que le sous-développement de l'analyse du travail, du dialogue avec le réel, dans le pilotage

contemporain de la performance des organisations professionnelles est lié « au surdéveloppement » des « disciplines dominantes » (Molinier, 2002). Le champ est occupé par la gestion, le droit, la logique assurantielle et l'épidémiologie. Pour cette auteure : « (ces disciplines) *ne répondent pas aux enjeux et fournissent un cadre de références théoriques et conceptuelles qui gênent l'élaboration de conceptions différentes* » (Molinier, 2002). Ce que dit Molinier, et plus généralement la clinique du travail, est fondamental. Aujourd'hui, les dirigeants ne peuvent savoir ce qu'ils perdent à travailler avec les cadres théoriques des sciences gestionnaires, à morceler ou à occulter le travail réel. Ils ne le peuvent, parce qu'épistémologiquement, les références qu'ils mobilisent ne permettent pas de le savoir. Sous couvert de sciences, ces approches masquent les multiples dynamiques et conflits du travail à l'œuvre. Épidémiologie, gestion et droit s'autoréférencent comme preuves de leur efficacité pendant que, de leurs côtés, une partie des travaux en sciences du travail et en sciences de l'homme et de la société montrent des sujets et un monde professionnel en tensions extrêmes et en fragmentations aux conséquences dévastatrices (Supiot, 2011 ; Dejours, Gaulejac, Lhuilier, Meda, Kaës, Lallement, Castel).

Chapitre 3. Analyse des données issues des terrains

Nous l'avons vu, la double polarité des psychotropes, remède et poison, et du travail, ressource et peine, ne constitue pas un problème mais une caractéristique des drogues et de l'activité professionnelle. L'objectif de notre recherche-action est de tenter d'analyser leurs interrelations et d'en tenir compte dans l'organisation du travail et de la prévention.

Au cours de notre enquête, le travail prescrit et réel et tous les usages d'ordre privé autant que ceux en lien avec l'activité et l'organisation du travail, ont été abordés et questionnés. Parfois sans que les dynamiques à l'œuvre ne se donnent à voir spontanément, ni à nos interlocuteurs ni à nous-même. Dans ce chapitre, nous étudions nos terrains sous l'angle des axes d'investigation. Dans cette logique, nos résultats sont organisés en cinq parties :

3.1 L'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi

3.2 Le rôle de l'organisation du travail et du management dans l'usage de psychotropes

3.3 Les activités de prévention et leurs effets sur le travail et l'usage de psychotropes des travailleurs cibles et des acteurs de la prévention

3.4 Les transformations initiées par la recherche

3.1 L'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi

Dans toutes les sociétés et toutes les époques, les femmes et les hommes recourent aux drogues (alcool, tabac, médicaments, coca, etc., en fonction des cultures), parce qu'ils y trouvent de nombreux effets bénéfiques (émotionnels, cognitifs, physiques, sociaux, politiques, etc.). Qu'elle soit stimulante, euphorisante, socialisante, sédative, hallucinogène,

etc. les individus consomment chaque molécule psychotrope pour les bénéfices qu'ils en tirent subjectivement (sujet social aux prises avec le réel) pour leur santé et leur action.

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier axe d'investigation, nous émettons l'hypothèse que l'usage de psychotropes est un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi qui tout à la fois se régule lui-même et peut constituer une forme de régulation des tensions entre les différentes exigences auxquelles les opérateurs et les encadrants sont confrontés et une forme de compensation face au manque de ressources collectives disponibles (sociales, organisationnelles ou techniques). Pour explorer cette dimension, nous étudions d'une part les effets et les intentions (les fonctions) des consommations vis à vis du travail et les acteurs, et d'autre part les activités et les régulations internes et externes à l'usage.

3.1.1 Effets et fonctions de l'usage de psychotropes

Nous analysons l'usage de drogue en tant que système d'activités. Comme nous l'avons étudié dans notre cadre théorique, Leplat (2006) insiste sur la centralité de l'idée de fonction dans ce modèle. Pour analyser cette dimension nous nous inspirons des fonctions générales des usages de drogue (Reynaud, 2002) :

- Favoriser la communication
- Soulager, oublier, les souffrances (physiques ou psychiques)
- Soutenir leur énergie
- Stimuler leurs perceptions
- S'adapter à un environnement
- Se détendre

Notre étude nous conduit à réorganiser ces six fonctions en quatre nouvelles, à visée conjointe de santé et de travail (tels que définis dans notre cadre théorique) :

- S'anesthésier
- Se stimuler
- Récupérer
- S'intégrer

Dans notre troisième grande partie, nous discuterons d'un essai de catégorisation de ces fonctions que nous appellerons « professionnelles » en les croisant avec l'ensemble de nos résultats (données issues de notre revue de littérature et de nos terrains) et avec notre cadre théorique.

❖ S'anesthésier

S'anesthésier, physiquement et/ou psychiquement, pour travailler, permet de transformer sa perception et sa capacité d'adaptation à des conditions de travail vécues comme intenables. C'est faire son travail grace à une perception modifiée, plus tenable, des modalités de son travail. François, chef-cuisinier raconte comment, dans l'adversité de ses conditions de travail, la cocaïne peut aider à continuer sans craquer.

> « *Il y en a qui ont commencé là, comme mon amie que j'ai embauchée là-bas, elle ne prenait pas de cocaïne et elle a commencé cette année. Oui, c'était deux mois après, quand elle a vu le bordel que c'était. Par exemple, une fois, la chaudière est tombée en panne et on a attendu une semaine pour qu'elle soit réparée. Pas de chauffage en plein hiver, pas d'eau chaude. Alors pour éviter de péter un câble, on prend des produits.* »

S'anesthésier c'est aussi se calmer, redescendre, calmer les douleurs, pour rester ou redevenir, physiquement et psychiquement, opérationnel dans les conditions imposées par l'organisation du travail. Dans un entretien, Valérie, une employée, nous raconte que, fumer, pour elle

> « *C'est plus un soulagement plutôt qu'une récompense. Pendant trois minutes, je sors de cet enfer et je vais respirer un coup dehors, pas voir mon patron, mes collègues, juste être toute seule avec ma clope*. »

Béatrice, architecte, décrit quant à elle, un usage de cannabis qui lui permet d'arrêter de penser

> « *J'ai jamais de journée de travail qui s'arrête à une certaine heure, c'est un truc continuel et à un moment j'ai besoin de déconnecter. La fumette ça peut être pour ouvrir la boîte de pandore et avoir plein d'idées et ça peut être aussi pour arrêter ce flux d'idées et me concentrer.* »

Un journaliste décrit le cannabis comme un instrument pour calmer les cycles de tension inhérents à ses activités.

> « *Je suis plongé dans un rythme cyclothymique parce qu'il y a beaucoup d'enthousiasme pour des projets et énormément de déceptions par rapport aux mêmes*

projets. J'avoue que ça m'est arrivé à l'heure du déj', de me fumer un joint comme j'aurais bu du vin à table, mais je me l'interdis le plus possible ».

S'anesthésier c'est aussi oublier, tromper l'ennui, s'évader, c'est pouvoir faire face à un travail sans qualité, sans sens ; lorsque les activités, au cœur même d'une « démarche qualité » parfois, se réduisent à un simulacre ou à des prescriptions sans consistance et sans efficacité. Pierre, un agent technique, décrit la place de la cigarette pour se dégager du cercle vicieux, pour lui, de la démotivation

« *Je fume beaucoup quand ça me gonfle parce que je stagne, je tourne en rond, c'est répétitif. Moi, j'aime quand il y a du boulot, que c'est physique. On m'a envoyé en renfort sur d'autres centres, des grosses organisations festives où je fumais deux clopes dans la matinée*. »

Dans un autre entretien, Gilles, chef sécurité incendie décrit la nécessité d'oublier la perte de sens professionnel et la souffrance éthique.

« *On effectue des rondes, on fait un rapport de nos rondes et on s'aperçoit que les jours passent et rien n'est fait. On vous fait sentir que si on pouvait se passer de vos services, on le ferait. La sécurité incendie, c'est très onéreux alors on préfère jouer sur les assurances plénières en cas de problème. Quand je suis sorti de la réunion, la première chose que j'ai faite, c'est d'appeler mon pote pour picoler*. »

S'anesthésier c'est aussi le recours trouvé par les nombreux actifs, manuels ou intellectuels, souffrant de TMS (troubles musculosquelettiques) pour assurer leur poste (et parfois conserver leur emploi). Au cours de notre recherche, les médecins du travail interviewés ont décrit une augmentation notable de prise d'antalgiques forts (de niveau 3 : opioïdes forts, morphine et dérivés morphiniques forts) en lien direct avec des usures physiques d'origine professionnelle, déclarées comme maladies professionnelles ou pas (usures prématurées au coude, poignet, dos, genou, épaule). Ces constats cliniques rejoignent l'augmentation des prescriptions et des consommations d'antalgiques forts en population générale, pointée par la dernière expertise collective Inserm (2012) sur les médicaments psychotropes.

Les stratégies individuelles ou collectives de défense, telles que définies par la psychodynamique du travail (Dejours, 1980 et 2000, 2009), jouent un rôle capital dans la préservation de la santé mentale. Elles ne transforment pas les risques ou les contraintes du travail, elles permettent de faire avec. Elles agissent par des moyens symboliques

(l'occultation, l'euphémisation, l'évitement et la rationalisation) qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux et aussi par des moyens pharmacologiques (alcool, drogues, tabac et médicaments psychotropes) (Molinier et Flottes, 2012). Les stratégies de défense peuvent produire des comportements qui semblent paradoxaux ou irrationnels aux yeux des médecins et de l'encadrement : la fatigue chronique, l'auto accélération des cadences, l'alcoolisation sur des postes à risque, l'absentéisme, etc. La psychologie du travail met en lumière la spécificité de ces processus complexes. Envisager les usages de SPA pour travailler implique de les étudier comme des conduites non plus « irresponsables » (sous un angle juridique ou moral) mais stratégiques, « paradoxales » : prendre des risques mesurés est souvent le seul moyen perçu par les sujets concernés pour tenter de s'affranchir des conflits insolubles auxquels ils doivent se mesurer.

> « *Les salariés concernés ne sont pas passifs dans cette situation. Ils ne se laissent pas « intoxiquer » sans réagir. Ils ne sont pas seulement exposés aux dangers qu'on leur fait courir, ils s'exposent aussi aux risques qu'ils prennent pour se mesurer à ces dangers »* (Clot, 2010).

Dans un entretien avec Fatima Outaghzafte-El Magrouti, une jeune chef de service de la pénitentiaire, associe la perte de curiosité intellectuelle, l'alcoolisation (regarder « des émissions à la con » en « buvant des bières ») et le fait de « devenir raciste » (traits qu'elle observe chez ses collègues) à une idéologie défensive des métiers de l'encadrement des prisons pour supporter « un métier pour les durs » (Outaghzafte-El Magrouti, 2006). Emmanuelle Prévot étudie les usages sociaux des pratiques d'alcoolisation chez les militaires en opération extérieure. Elle insiste sur leurs fonctions cohésives défensives contre la fatigue physique, le déracinement affectif et la désillusion professionnelle (Prévot, 2007).

❖ Se stimuler

Se stimuler renvoie à la nécessité de garder le rythme, d'enchaîner, d'assurer ; de faire le travail, malgré des cycles, ou des charges de travail, trop longs, pénibles, usant. Franck, un directeur général décrit une polyconsommation de cocaïne, alcool et cannabis pour garder un rythme et une organisation de travail saturés au-delà du tenable.

> « *J'avais tendance à travailler beaucoup, du lundi au dimanche et du matin au soir. J'arrivais au bureau à six heures et demie le matin et je repartais à vingt et une heures. Après je faisais un dîner ou je sortais avec les copains. Il y avait une espèce d'équilibre qui s'est créé. Ma journée était centrée autour des trois produits (alcool,*

cannabis, cocaïne) en tout cas les trois produits structuraient largement mes journées. »

Marie, comédienne et serveuse pour équilibrer ses revenus, raconte combien ses consommations de cocaïne lui servent à faire face à sa charge de travail.

« *Par moments, la coke c'est un grand allié pour faire beaucoup de choses. Pour moi c'étaient des portes qui s'ouvraient. Par moment c'était ce qui m'aidait à tenir. (...) Cela aurait pu être sur ordonnance. Je n'ai jamais rien pris pour oublier, au contraire, je régulais tout le temps.* »

Se stimuler, se concentrer, gagner de la confiance, créer, fournir, etc., cette dynamique du côté d'une recherche de performance, de gain de capacité, est récurrente mais moins que les fonctions professionnelles des substances psychoactives de types défense, dépassement de la peur de l'échec, anesthésiant ou récupération. Béatrice, l'architecte, décrit comment le cannabis peut lui permettre de surmonter le cap de la page blanche. Pour l'aider à avancer, fumer désactive la peur de l'échec, et mobilise sa concentration et son imagination.

« *Il y a un moment où s'est terrible parce que les idées ne sortent pas, on a l'impression qu'on va jamais y arriver et moi, c'est ce moment où fumer peut m'aider. C'est là où je me dis que je vais arrêter de me dire que je ne vais pas y arriver, je vais juste me mettre dessus, commencer à dessiner. Je me mets dans ma bulle et c'est là où les idées, le dessin prend le dessus. J'oublie ma situation de stress. (...) Quand tu as jeté toutes tes idées, tu as fait un beau dessin et tu es très contente et tu te dis maintenant, il faut que je mette de l'ordre. Cet ordre n'est absolument pas visible, il ne sert à rien matériellement sauf sur toi, il produit un effet incroyable, juste la structuration. C'est des choses pour lesquelles je sais que la fumette m'aide à ouvrir les chakras. C'est des états successifs ».*

- **Récupérer**

Récupérer pour être opérationnel, dans la durée, le lendemain ou au prochain cycle de travail (professionnel ou privé), est un objectif récurrent des usages d'alcool, de drogues, de tabac et de médicaments psychotropes en lien avec le travail. Dans cette logique, la préoccupation première est celle de lutter contre les effets du rythme de travail, du stress, des horaires atypiques, etc., et notamment de pouvoir dormir. Dans un entretien, François, journaliste, décrit son usage de cannabis pour oublier l'angoisse et pour dormir.

« *Ce qui m'endort, c'est la consommation de pèt'. C'est mon médoc. C'est le seul usage, c'est dans mon angoisse de ne pas réussir à dormir*. »

Dans un autre entretien, Paul, médecin du travail, raconte la progression des usages de somnifères dans certaines entreprises qu'il suit.

« *Sur ce bassin d'emploi-là, je commence à en voir pas mal avec les personnels navigants qui ont des rotations, avec décalages horaires, qui s'intensifient et qui n'arrivent plus à dormir et qui sont obligés de prendre des somnifères balaises*. ».

Manuel, ouvrier spécialisé de l'industrie automobile, décrit comment toute la nuit dans ses rêves

« *Je monte des voitures, je surveille des écrans. Le matin je me réveille épuisé. Alors, pour pouvoir dormir sans penser, depuis des mois, je bois ou je prends un somnifère avant de me coucher* ».

❖ **S'intégrer**

Les substances psychoactives agissent aussi sur les sujets et leur travail via les stratégies collectives et les imaginaires partagés qu'elles mobilisent. Nous observons deux grands types de dynamiques, parfois concomitantes. D'une part, les usages collectifs d'alcool, de tabac ou de drogues illicites (cannabis et cocaïne, principalement) contribuent à organiser et à mobiliser « le commerce des hommes entre eux », posé en tant que source de la pensée et de l'action (Clot, 2008). D'autre part, ils développent des dynamiques cohésives, identificatoires et défensives contre la fatigue physique, le déracinement affectif, le contexte de l'intervention, la désillusion professionnelle (Dejours et Burlot, 1985 ; Bazot, 1994 ; Maranda, 2003 ; Maranda, Rhéaume et Genest, 2006 ; Prévot, 2007). Entretenir la convivialité, décompresser, être potes, etc., ces dynamiques collectives de détente et de consommation partagées d'alcool, de tabac ou de drogues, rentrent dans ces dynamiques, parfois paradoxales, pour faire le travail, envers et contre tout. Didier, intérimaire, raconte la place nodale, loin d'être seulement une habitude, des pauses alcoolisées dans son équipe.

« *On travaillait du câble pour les lignes haute tension. C'est un travail minutieux parce que c'est des machines dangereuses mais ça ne m'empêchait pas de consommer. Avec l'équipe, on s'était fait potes et il y avait un bac à eau qui refroidissait les moteurs de machines et on mettait nos bières dedans. Pendant les pauses, on buvait nos bières sur le parking. Le matin et la journée, pareils.* »

L'idée de « potes » associé à la pause et à la détente renvoie à l'idée de bonnes relations mais surtout de bon travail, de bonnes régulations du travail. Cette mise en scène sociale et culturelle est tout à la fois représentation et ressource de la coopération, elle-même carburant du travail. Nous retrouvons ces dynamiques sociales dans un entretien avec François, le journaliste

> « *Ma première rencontre avec l'alcool dans le cadre du travail, j'étais dans une radio, en stage obligatoire de troisième année, et les mecs buvaient. À partir de dix-huit heures, on buvait l'apéro tous les soirs. C'est mes premiers souvenirs d'alcoolisation chronique sur plusieurs jours. J'ai des souvenirs d'être encore à la radio à 23 heures et d'être encore en train de boire. En regardant l'AFP, en disant des conneries*. »

Ce besoin de convivialité et d'appartenance au corps professionnel est exacerbé dans le témoignage de Gérard, CRS. Au besoin d'oublier se rajoute celui de passer le temps.

> « *Au boulot, il y a l'effet de groupe aussi, d'être loin de la maison. Il y a des petits pots clandestins dans les chambres. (...) C'est quand même assez dur par moment. Ça permet de s'évader un peu. On est loin de chez nous, tout seul, sans femme, sans enfant, entre potes. Mais j'ai pas vu de drogues.* ».

Rappelons ici que « l'alcoolisation est décrite dans le tableau des stratégies collectives de défense comme un « anxiolytique » qui ne dit pas son nom » (Molinier et Flottes, 2012).

Signe d'appartenance, s'insérer, se faire accepter, enjeux de pouvoir et de progression, etc. ces stratégies de présentation de soi et de reconnaissance sont régulièrement associées aux consommations collectives mais aussi individuelles de substances psychoactives. Dans les entretiens, cette fonction se combine généralement aux conduites de convivialités telles que décrites précédemment. Dans son entretien, Franck, directeur général, raconte à quel point la normalité en terme de travail et de consommation de substances psychoactives est une affaire de rapport à soi et à un contexte social.

> « *C'était normal dans la progression sociale que je m'étais fixée. Plus tu rentrais tard, plus tu étais important. Aujourd'hui j'organise mes journées de travail pour ne jamais avoir à retomber dans l'excès. (...) On évolue dans un milieu social qui est quand même avantagé et j'ai plus l'impression que la coke et les dopants en général représentent les mêmes enjeux de pouvoir ou de progression sociale.* »

Nous observons que pour un sujet ou un produit donné, chaque fonction n'exclut pas la possibilité d'une autre. L'alcool, par exemple, peut tour à tour être anesthésiant et/ou stimulant en fonction des situations et des attentes des consommateurs. Dans les activités de consommation comme celles de travail, la régulation associée porte les intentions de l'action. Elle prend en charge les effets des consommations pour les réintroduire dans les logiques (de santé, de travail, de plaisir, de sécurités, etc.) poursuivies. Comme nous l'avons développé dans notre cadre théorique, Leplat (2006) nous dit que dans une situation donnée, cet arbitrage oppose parfois normes de sécurité et perception subjective de l'action adaptée à conduire. Cette alternative personnelle (individuelle ou collective) peut être une violation de la règle sans être une violation de la sécurité effective, bien au contraire, en l'assurant mieux encore que ne l'aurait fait l'application de la règle (Amalberti, 1996).

3.1.2 L'usage de drogue comme système d'activités

Dans cette partie, nous explorons les activités et les régulations internes et externes à l'usage de drogue et au travail. Cette perspective est indissociable des visées telles que décrites précédemment. Nous étudions quels sont les acteurs et les activités en jeu dans la consommation de drogue, avec quels effets, et comment ce système interagit avec celui du travail, dans quels sens et avec quels effets. Cette analyse nous conduit à nous intéresser aux grandes dimensions de l'usage comme action subjective (au sens de soi, soi avec l'autre et de l'autre en soi) (Clot, 2008a ; Lhuilier, 2006a) régulée :

- L'accès aux psychotropes
- L'expertise subjective de consommation
- Le système social de consommation
- Les situations limites de la régulation de l'usage: l'usage dégradé

❖ **L'accès aux psychotropes**

Nous explorons ici, au regard du cadre réglementaire, ce qui est dit des situations de « rencontre » et d'approvisionnement des produits en privé et en milieu professionnel. Au cours de nos travaux, nous avons repéré trois modes d'accès aux drogues :

- L'approvisionnement libre
- L'approvisionnement illicite régulé
- La prescription médicale

Nous observons que chaque mode d'accès aux produits n'est pas nécessairement indépendant l'un de l'autre, que tous trois peuvent être mobilisés indifféremment pour des produits plus ou moins licites et que tous trois se retrouvent en milieu privé autant que professionnel. Les pratiques de consommation se construisent dans des situations et avec des acteurs (amis, famille, dealers, médecins, collègues, employeurs, etc.) tour à tour dans et hors cadres réglementaires, sanitaires et médico-légaux. Nous n'observons ici que les modalités d'accès aux produits. Nous développerons les consommations dans les paragraphes suivants.

L'approvisionnement libre (réglementé)

Nous observons que les consommateurs d'alcool, de tabac et de café se fournissent généralement dans leurs espaces et leur temps privés, dans les multiples lieux où ces produits sont disponibles librement : en faisant leurs courses, dans les bars ou dans les déjeuners et les soirées en famille ou entre amis. Ils ont leurs habitudes vis à vis des produits (marques, conditionnement, etc.) et des fournisseurs (types et qualité des produits en fonction des magasins, bars, cercles d'amis). Comme nous l'avons vu dans notre première partie, ces produits restent très variés, relativement peu onéreux, facilement accessibles et partagés au fil de la vie quotidienne. En France, si l'offre est réglementée pour l'alcool et le tabac, elle reste d'une grande banalité culturelle et sociale, avec une nette inflexion pour le tabac. Catherine, consultante, témoigne de cette évolution

> *« Je clope moins quand je suis dans un environnement moins clopant. Par exemple quand je suis à Nevers, je suis avec une autre équipe, je suis la seule fumeuse. Et là où effectivement en plus ils ont tous envie que je m'arrête. »*

A coté de ces circuits privés d'approvisionnement, nous observons aussi des accès professionnels aux psychotropes. Le café est généralement en libre-service dans les entreprises, en distributeur ou machine à café au litre ou en capsules, à toute heure. En fonction des situations, soit l'employeur prend en charge cette consommation, la subventionne (par l'intermédiaire du Comité d'entreprise), soit les employés partagent les frais ou paient individuellement leur consommation. L'accès à l'alcool, réglementé par le

code du travail mais non interdit sur le lieu de travail ni dans les réfectoires d'entreprise, s'organise d'une manière similaire. Les temporalités d'usage ne sont pas les mêmes que celles du café, l'accès est généralement limité aux heures de repas ou d'apéritif et les volumes mis à disposition peuvent aussi être contrôlés. A coté de ces modalités d'approvisionnement généralement décrites en entreprises, nous trouvons des situations particulières en fonction de la nature et de l'organisation du travail. Dans les débits de boissons, l'accès à l'alcool pour les professionnels est facilité à la fois par la disponibilité du produit et par le système social de travail. François, chef-cuisinier, raconte « *Je travaillais dans un quartier un peu chaud aussi, dans le dixième, rue du Faubourg Saint Denis, quartier de drogues. Je consommais aussi pas mal, beaucoup d'alcool. Mon patron consommait aussi de temps en temps.* ». Dans le milieu hospitalier, la disponibilité des médicaments psychotropes participe du même type de dynamique de consommation. Loriol (2011) décrit des situations où ces produits peuvent être utilisés par les infirmières elles-mêmes sur prescription du médecin de l'équipe. Sur le site « Drogue et travail » de Psychoactifs, un infirmier décrit le détournement d'un accès réglementé au Valium en approvisionnement et en usage illicite. « *Parce que ça payait mieux, je suis allé bosser en psy, dont 2 ans de nuit. Ca ne me plaisait pas, j'étais « garde-fous-porte-clefs », et pour tromper l'ennui (les malades étaient tous couchés à 23h), j'ai commencé à shooter du valium 10, puis 20, sans parler de ce que j'emmenais à la maison*. »

L'approvisionnement illicite

Par définition le cadre réglementaire d'accès aux stupéfiants est illicite. Pour certains utilisateurs de psychotropes, cette dimension réglementaire est rédhibitoire. C'est le cas de Laurence, enseignante

> *« Je bois de l'alcool mais pour le reste j'ai trop peur des flics. Je n'ai pas du tout envie de me faire arrêter. C'est pour ça que je n'ai jamais acheté de shit. Je déteste ça. Je suis trop légaliste depuis toute petite. J'ai peur des flics*. »

Dans notre enquête qui cible les consommateurs de psychotropes (pas nécessairement illicites), ce type d'attitude tranchée apparaît marginale, surtout avec le cannabis. En revanche, toutes les personnes rencontrées prennent différentes précautions d'usages.

Nous observons un approvisionnement interdit mais organisé de manière aussi pragmatique et sécurisée que pour l'achat de produits licites. Les consommateurs de stupéfiants raisonnent en terme de qualité du produit et de fiabilité du fournisseur. En fonction

des moyens dont ils disposent, leur liberté d'approvisionnement et leur degré d'exigence seront plus ou moins élevés, comme pour n'importe quel produit marchand. Béatrice, architecte, décrit la relation avec son dealer comme elle pourrait décrire une relation de confiance avec son caviste ou son boucher.

> « *Nous on a un fournisseur depuis plus de dix ans, c'est toujours la même chose, c'est juste parfait. (…) On gagne notre vie, on sait où trouver de bonnes choses ou on sait faire venir les bonnes choses. On a un dealer qui est pas mal, qui est très cher. Il vient tous les lundis de Hollande. C'est notre petit épicier. ».*

Parallèlement à cet accès sur mesure, maîtrisé par les moyens financiers, se trouve aussi des approvisionnements qui s'inscrivent dans ceux du groupe social d'appartenance. Pierre, agent technique, décrit un usage de cannabis porté par son environnement. Ce sont ses relations directes qui lui fournissent le produit.

> « *Mon produit c'était le cannabis. Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer des gens qui prenaient de la cocaïne. C'était la facilité d'avoir de l'herbe*. »

Pour Valérie, employée dans l'Est de la France, la question du milieu et des moyens est centrale dans l'accès au produit

> « *La coke c'est cher. L'héroïne, c'est la drogue du pauvre. Un gramme de coke c'est quatre-vingt, cent euros et l'héro c'est quarante. (…). Ca vient de Belgique.* »

Certains consommateurs de cannabis rencontrés cherchent à ne plus s'inscrire dans le marché illicite des stupéfiants, pour des raisons financières et/ou éthiques. Ils autoproduisent leur produit.

> « *On s'est mis à l'auto-culture, l'un et l'autre dans deux registres différents : moi j'ai une chambre noire avec des lampes. Je ne suis pas auto suffisant parce que je n'ai pas la main verte. On a planté des graines à la campagne chez ma mère aussi*. (…) *Le côté précaire et le risque autour de la fumette, je le tolère plus. Plus je m'éloigne des circuits de distribution, mieux je me porte. Ça me fait chier d'acheter à un connard dans la rue parce que c'est risqué, tu te crées un monde de stress autour d'un objet de détente, ça m'a jamais* plu. »

Le recours à l'autoculture de cannabis est en augmentation en France avec un contingent de 80 000 à 200 000 cultivateurs (Le Nézet, 2013).

En dehors des situations privées, l'accès à des produits illicites s'organise aussi au travail. Certaines entreprises interdisent totalement l'usage d'alcool dans des règlements intérieurs plus stricts que le code du travail. Dans ces conditions l'accès à l'alcool devient

illicite mais nous observons qu'elle demeure souvent, de manière cachée, clandestine. Sur le site « Drogue et travail » de Psychoactifs, un postier observe que « *Les managers dans ma boîte ne donnent plus aucune autorisation pour les pots de toute façon. Et puis, il y a une notion de degré d'alcool comme le poiré, le cidre (j'ai oublié) mais qui sont plus facilement autorisé que d'autres. Mais bon, ça a disparu complétement en public. En privé, c'est une autre histoire avec quart de rouge bu dans les sous sols. Hé, hé, je dirais, que certains syndicalistes défendent certaines coutumes sur l'alcool*.»

Matthieu, chef de travaux, décrit le recours à l'alcool dans les collectifs de travail du Btp. L'alcool est interdit dans son entreprise mais il préfère laisser faire, discrètement, plutôt que de contribuer à des usages clandestins. *« L'alcool, c'est aussi un moment de convivialité, de partage. Il ne faut pas supprimer ça parce que de toute façon, ça ne ferait qu'empirer le fait qu'il y ait des pots clandestins. »*. Matthieu arbitre l'accès à l'alcool, de son point de vue, du coté de la sécurité du chantier et de la qualité du travail. Paradoxalement, l'interdiction est pour lui plus risquée qu'un accès socialisé. Nous reviendrons sur cette régulation sociale en marge de la règle officielle mais au service de la sécurité réelle.

Parfois, ce sont les employeurs qui organisent l'accès aux produits illicites. Pierre, chef de cuisine, relate son expérience dans une brasserie parisienne.

Q : Votre consommation de cocaïne était connue de votre patron et ça ne posait pas de problème ?

Pierre : « Non au contraire, on consommait ensemble. Des fois, il achetait pour nous. Dans ce boulot-là c'était pire, on était quinze, quinze à sniffer. On faisait une soirée par mois avec un dj, c'était quinze grammes de coke posés sur le bureau et quand on en voulait, on en prenait. »

Pierre : L'argument de votre patron, c'était on va faire la fête ou c'était ça va être dur, il faut qu'on tienne toute la soirée ?

R : « C'était les deux. On se saoule tous la gueule, on s'en met plein le nez et on rigole. On a passé des bonnes soirées, on a bien rigolé. Après quand on y repense, c'était quand même un peu chaud. »

Dans tous les cas étudiés, nous observons que l'approvisionnement illicite de psychotropes s'organise sur les mêmes arbitrages et sert les mêmes visées que l'approvisionnement libre : des bénéfices subjectifs en termes de qualité de vie quotidienne, de relations sociales, de reconnaissance de soi et d'effets psychoactifs. L'un et l'autre, en lien avec la vie privée ou le

travail, se construisent sur les mêmes arbitrages subjectifs, sociaux et économiques, de plaisir, de santé et de sécurité.

La prescription médicale

Dans certaines situations, reconnues par les sujets comme des problèmes personnels de santé plus que des problèmes de vie quotidienne, ces derniers recourent à l'avis et à la prescription du médecin. C'est généralement une démarche pour traiter des symptômes ou soigner une maladie qu'ils n'arrivent pas, ou plus, d'une manière ou d'une autre, à juguler tout seuls. L'utilisation des psychotropes (nature et posologie) est sous la responsabilité du médecin qui dans une approche clinique généralement centrée sur le sujet, en prescrira les modalités d'usage. Dans le cadre de troubles sévères de l'anxiété, Roger suit un traitement de Valium *« Il y a deux semaines, j'ai eu des courbatures et je ne pouvais plus me lever. J'ai eu des troubles de la vision, de la parole, de la fatigue. Ils m'ont baissé le Valium pour éviter ces coups de fatigue. Là ça va, je suis réglé, je me sens bien. »*.

Nous voyons ici que la prescription médicale est tout à la fois un accès au produit et une régulation. Elle est une recherche d'équilibre entre le vécu du patient, le savoir du médecin et l'évolution des effets réels du médicament prescrit.

Dans notre enquête, nous avons observé que dans la relation avec le médecin, l'argumentaire porte principalement sur les symptômes et les molécules à utiliser pour les contrebalancer ou concourir à les supprimer. Les composantes professionnelles des symptômes sont plus ou moins évaluées. L'adaptation des effets des produits dans la situation de travail, les effets de cette situation et de son évolution sur les symptômes semblent plus rarement évoqués. Dans ces situations, certaines prescriptions médicales peuvent s'avérer être une prise de risque du point de vue de l'organisation du travail sans que les médecins ne semblent en prendre la mesure. Jean-Pierre, un Crs, témoigne de l'effet des ses médicaments sur le travail.

> *« Quand je suis sorti de la clinique j'avais des médicaments à prendre à des horaires bien précises et quand j'ai fait ma reprise du boulot, j'avais des horaires hyper décalées. Je devais les prendre avant de me coucher mais je travaillais la nuit et je ne savais même pas quand je devais les prendre. En Corse, j'ai fait l'expérience de le prendre une fois comme si je me couchais alors que j'étais de nuit. J'ai rien vu de la nuit, j'ai dormi tout le temps. Mon chef n'a rien dit parce que c'est un ami et il a mis ça sur le coup de la fatigue. J'étais incapable d'être vigilant. Encore un truc qui est*

tabou. Le traitement quand je l'ai commencé, c'est comme si j'étais bourré mais c'est un cadre légal comme vous dîtes. Si j'avais le malheur de mélanger ça avec de l'alcool, j'étais pas en état mais ça on ne peut pas me le reprocher alors que j'étais moins vigilant qu'un gars qui a bu deux bières.»

Le recours à une prescription médicale peut être médicalement appropriée et organisationnellement inadéquate. La responsabilité du travailleur reste entière.

D'autres médicamentations peuvent s'avérées inadaptées quand elle s'inscrivent dans une approche clinique incomplète de la situation du patient. Sans analyse ni transformation des composantes collectives du recours aux psychotropes, leurs effets ne peuvent pas toujours contrebalancer les tensions et l'usure liées à la vie quotidienne et au travail. Franck, directeur général, décrit ce qu'il peut observer autour de lui « *Quand tu es tout seul sur ton poste, tu as des journées où tu as des grosses merdes et tu rentres chez toi, il est minuit, une heure, tu as passé dix-sept heures au boulot. Le lendemain tu y retournes, tu es crevé donc il y a des gens qui prennent au début des petites vitamines et après tu vas aller voir ton médecin pour qu'il te file un truc plus costaud et après tu es dedans.* ». Dans ses travaux sur le dopage au quotidien, Hautefeuille établit les mêmes constats d'emballement progressif de certaines consommations ressources pour travailler (Hautefeuille, 2008, 2009). Le constat est que les médicaments échouent à soigner la situation de travail. L'absence d'une approche clinique des contraintes organisationnelles de la vie du patient peut entraîner des situations d'usage chronique dont les bénéfices s'amoindrissent avec le temps. Dans cette dynamique chronique, une personne rencontrée qui consommait des antidépresseurs depuis plusieurs années, parle de son psychiatre comme d'un fournisseur de drogue, « *j'ai rendez-vous avec mon dealer tous les mois* ».

Nous avons pu observer des situations d'approvisionnement en psychotropes plus ou moins licites et encadrées avec des effets extrêmement variables, irréductibles à leurs conditions licites ou non. Au regard de chaque situation particulière, les cadres réglementaires ou médicaux ne garantissent ni la qualité des produits, ni leur fiabilité. A l'inverse, les accès illicites aux psychotropes ne déterminent pas leur dangerosité. Dans toute interaction avec les drogues par le biais de ses amis, de son épicier, de son dealer, de son médecin, de ses collègues ou de son employeur (parfois tour à tour l'un et l'autre), la subjectivité et les activités des consommateurs entrent systématiquement en jeu.

❖ **L'expertise subjective des consommations**

Les consommateurs développent une forme d'expertise de leurs consommations de drogue. Ils affûtent progressivement leur connaissance des effets variables des produits en fonction des situations réelles. Nous pouvons parler d'intelligence de la situation, d'usages régulés. Fabien, consultant-formateur, raconte la maîtrise de ses usages de cannabis. Il connaît les effets de ce produit et les organise dans les situations appropriées.

> « *Je dirais que dans l'absolu, en tant que consommateur de cannabis, c'est une ivresse qui me plaît, qui quand je ne travaille pas et particulièrement quand je suis à la campagne peut agrémenter ma journée sans que ça influe particulièrement sur mon rythme. C'est une ivresse que j'aime. À la limite, je pourrais l'apprécier dans ma vie professionnelle aussi alors je me discipline et je dis non*. ».

Les effets qu'il connaît de ses usages, lui permettent de décider ce qu'il consomme, quand et dans quelles conditions. Il ne joue pas avec les limites de cette régulation, son but est de pouvoir protéger ses usages de tout effet négatif afin de n'en conserver que les bénéfices. Il complète la description de cette régulation

> *Fabien : « Il y a tellement de plaisir* (avec le cannabis) *que je n'ai pas envie de renoncer. »*
>
> *Q : Donc il y a une forme de tempérance pour ne pas avoir à renoncer.*
>
> *Fabien : « Oui mais il y a le fait que ma compagne aimerait bien que je ne fume plus. Elle voit aussi que l'usage que j'ai de ça n'est pas forcément un truc où je vais me faire mal. »*

Cette forme de stratégie pour d'une part maximiser les effets bénéfiques de sa (ou ses) drogue(s) et, d'autre part en minimiser les contraintes, du point de vue de sa vie propre, c'est aussi la technique de Catherine, dirigeante d'un cabinet conseil.

> *« Vu ce que je consomme comme cigarettes, si tu veux, je me dis : « toi tu as intérêt de faire attention aux produits ». Ca été mon même discours par rapport au cannabis en me disant : « Attends, t'arrives pas à t'arrêter, la clope tu fumes comme un pompier, si tu touches les autres produits ça va être pareil, alors t'as intérêt à… tu t'en autorise un, en gros, mais pas les autres ! Je me méfie de moi avec l'alcool. Je sais que si je suis en moment de fragilité, je peux consommer. Je ne m'autorise qu'une addiction. ».*

Nos observations rejoignent les travaux d'Aude Lalande (2010, 2016), et de la réduction des risques (Rdr) en général, les consommateurs de drogue sont les premiers experts de ce qu'ils font et de ce qui leur arrive.

Les entretiens réalisés montrent que les effets attendus et ressentis sont articulés aux situations de travail dans toutes leurs différentes dimensions (charge de travail, intensification, pénibilité physique et ou psychique, socialité et culture d'équipe ou de métier, etc.). Aline, chargée de mission, décrit son rapport aux produits et à leurs effets, construit autour de son expertise personnelle. Sa préoccupation est celle de l'anticipation des effets et de leur maîtrise. Paradoxalement, ce sont les médicaments psychotropes qu'elle classe du coté des effets indésirables, de la perte de contrôle, du danger. Elle en redéfinit le sens contre leur valeur sociale officielle et leur étiquette scientifique.

> *« Le tabac et l'alcool, ça ne me fait pas peur mais les médicaments psychotropes oui. Parce que c'est des médocs qui t'anesthésient un peu quoi. T'as plus vraiment le contrôle, et ça, ça ne me plait pas du tout, du tout. Ah c'est génial, le Lexomil, la vie est belle. Mais moi ça ne me va pas. ».*

Cette inversion du rapport aux produits et à leur dangerosité communément établie, ou du moins cette réappropriation par l'expérience, des individus et des collectifs, des effets et du sens des produits, est au cœur des consommations réelles de drogues. L'étude des usages de drogues illicites ne peut être désarticulée de celle de l'usage des substances psychoactives licites : tabac, alcool et médicaments psychotropes (Morel, 2015 ; Lalande, 2010, 2016b ; Saint-Germain, 2005).

Dans un entretien, Béatrice, architecte, raconte son expertise des effets recherchés et ressentis dans sa consommation de cannabis. Elle décrit une stratégie cachée et pourtant rationnelle à la mesure des exigences de ses activités professionnelles. Elle assume et développe l'expertise de ses usages comme un outil fiable pour elle mais non généralisable

> « *Tout ce qui est social dans le travail, c'est incompatible avec la fumette : une réunion ou une situation de management. Parce que d'abord tu es marqué physiquement, que tu le veuilles ou non : la diction, les yeux fatigués… L'alcool ne fait les mêmes effets en apparence. Il y a cet aspect détection que je trouve pas souhaitable et puis je sais que je n'ai pas la même réactivité dans une relation sociale si j'ai fumé ou pas. Dans la prise de décision, c'est absolument pas possible. Il ne faut pas avoir à décider mais c'est génial quand tu crées. (…) Mon premier mec, il était serveur et il ne partait jamais au boulot sans avoir fumé un joint avant mais ça ne changeait rien pour lui, il allait toujours vers les autres, tout le contraire de ce qu'on dit. ».*

Plus que les effets pharmacologiques, ce sont les besoins (en interactions avec l'environnement), les attentes, les croyances en ces effets (*les expectations* (Bosher et Cerclé, 2004)) qui guident le comportement et les effets effectivement perçus. Le travail vécu comme ressource ou comme contrainte, la vie privée, le sens des responsabilités, la santé et les usages de substances psychoactives, constituent une seule trame négociée différemment en fonction des dynamiques individuelles et collectives. A partir de cette expérience, les utilisateurs développent des stratégies d'auto-prescription ou d'hétéro-prescription (en impliquant leur médecin ou leur entourage). Ils recourent à des substances pharmacologiques dans des visées hédonistes ou pour traiter des symptômes, ou éviter d'en développer ou de les ressentir. Les résultats de nos travaux sur l'expertise des utilisateurs (comme sur les fonctions des psychotropes pour travailler) montrent que dans leurs activités répétées de contact et d'accès aux produits, de consommations, de variations des doses, de discussion avec d'autres consommateurs ou avec leur médecin, d'arrêts, de reprises, etc., les sujets développent des savoirs fonctionnels et métafonctionnels précis sur les substances qu'ils utilisent, licitement ou non, sur les effets recherchés et ceux réellement ressentis, attendus ou non. Ils organisent des conditions d'utilisation mesurées qui leur permettent de remplir les fonctions ciblées et d'en maîtriser les risques (Morel, 2015 ; Lalande, 2016 ; Coppel, 2002 ; Collin, 2008).

❖ Le système social de consommation

Le système social tel que nous l'entendons ne se définit pas par une liste d'acteurs, une unité de lieu et de visées, il présente une cohérence d'activités de régulation (Montmollin, 1984 ; Rogalski et Marquié, 2004). La notion de système porte l'idée d'un couplage cohérent entre l'usager, sa drogue, ses différentes activités et les activités des acteurs, non nécessairement consommateurs eux-mêmes, impliqués dans la situation. Elle implique plusieurs niveaux interreliés de finalités, de contraintes, de ressources et d'effets. Les effets des activités, quels que soient leur nature et leur impact immédiat, sont au cœur d'un système social comme système d'acteurs, d'activités de consommation, d'activité d'apprentissage et de régulation. Dans sa vie quotidienne, un travailleur consommateur de psychotropes s'inscrit dans plusieurs systèmes sociaux plus ou moins interreliés ou cloisonnés délibérément.

Pour des raisons d'image et de reconnaissance de soi, le système social de consommation peut être strictement séparé de celui du travail. C'est le cas de François, rédacteur en chef,

« *Socialement, je ne veux pas m'afficher comme fumeur irresponsable dans ma vie professionnelle. Je suis fumeur mais pas dans le cadre professionnel parce que ça relève de ma responsabilité et j'ai des gens sous ma responsabilité de qui j'aimerais pouvoir exiger le même niveau de discipline*. »

Cette séparation est une double dynamique de préservation de son intégrité sociale et de volonté que ses subalternes s'imposent cette même exigence. Plus généralement, au travail François ne semble vouloir avoir à faire qu'avec les prescriptions officielles et leurs bonnes exécutions. La « discipline » renvoie directement aux normes du travail, pas au réel, ni à la santé. Les normes du travail et du « licite ou illicite », jouent pleinement leurs doubles fonctions de limites et de menaces. En revanche, elles ne soldent pas l'usage de drogue. Elles le cantonnent dans l'espace privé tout en y contribuant largement semble-t-il. En rentrant le soir, c'est avec un joint que François quitte la contrainte du conformisme professionnel et de toutes ses composantes, se détend et se retrouve lui-même.

« *Le joint marque la fin de la vie en société et le début de la vie intime, il y a quelque chose qui est de ce registre-là. C'est les moments où je me retrouve avec moi-même et mes très proches, dans un environnement qui est protégé où je peux me laisser aller, ça correspond au laisser-aller. Peut-être que chez d'autres, ça correspond au verre de whisky, en tout cas je l'ai connu chez des copains autour du verre de whisky.* »

Pour François, l'espace de la vraie vie est dans son système social familial. Son système professionnel est celui de la discipline et de la conformité. L'enquête ne dit pas si les collaborateurs de François consomment des produits. Nous pouvons imaginer que, pour les mêmes raisons que François, ce pourrait être le cas et que c'est potentiellement risqué pour eux de ne pas pouvoir en parler compte-tenu des tensions organisationnelles que ces substances contribuent à masquer. Ne pas parler de ses drogues c'est aussi ne pas parler des risques du travail.

Paradoxalement, dans d'autres systèmes de travail, la conformité peut passer par l'usage de produit. C'est historiquement vrai avec l'alcool. En missions notamment, quand la temporalité et la géographie professionnelle se superposent au temps et aux espaces privés, les professionnels témoignent de régulations de consommation qui visent à marquer le temps hors travail sans pour autant oublier que des dimensions du travail restent en jeu. Catherine, dirigeante d'entreprise et consultante, témoigne de la nécessité de ne pas se désinscrire du lien social sans se laisser enfermer dans un système d'activités en miroir

« *Je fais super gaffe parce que le soir la personne que j'ai en face, l'autre consultant, est un gros consommateur d'alcool. Et je sais que je me surveille là, parce si je ne*

regarde pas ce que je bois, si j'ai quelque chose dans le verre je bois. Si je fais comme lui, on va me ramasser à la petite cuillère. »

Dans son entretien, Rémi, un ex-métallier décrit de véritables « stratégies collectives de métier » autour de l'alcool, si solides que la routine des usages s'installe en chronicité, voire en accoutumance (Karam, 2016 ; Dejours et Burlot, 1985 ; Castelain, 1992)

Rémi : « J'ai commencé par faire beaucoup de chantiers dans toute la France, ce qui veut dire travailler beaucoup avec des anciens, plus âgés que moi. J'étais, au tout début, monteur en charpente métallique. Qui dit monteur, dit monter, veut dire de la hauteur et quand on commence à monter à droite, à gauche, on a peur, on a le vertige, donc les anciens, c'était l'habitude, on commençait par café calva. En Normandie, c'est calva. Ça a commencé sur les chantiers à dix-sept ans comme ça. On avait bu notre dose de calva ou d'alcool en général, on pouvait monter à quelques mètres en hauteur, ça aide. Je n'ai jamais eu d'accident et à l'époque il n'y avait pas de filets. On n'a jamais eu d'accidents sur le chantier.

Q : Vous saviez quand même à partir de quel nombre de verres il fallait s'arrêter ?

Rémi : Oui, on savait. Le matin, les anciens prenaient deux cafés calva ou trois. Nous avec un, ça nous suffisait à dix-sept ans. Moi, j'arrêtais, j'avais ma dose pour monter. Dans la journée, un verre ou deux et puis ça suffisait. Par contre, à longue échéance, on prend l'habitude de boire de plus en plus. Sur les chantiers, à l'époque on buvait, ce n'était pas contrôlé mais ça passait. »

Le collectif de travail se construit en partie autour du recours à l'alcool comme un système partagé et cohérent d'activités de régulation. Dans ce genre de situation, des personnes peuvent boire au travail sans jamais boire dans leur sphère privée, pour peu que l'alcool n'y ait pas de place socialement significative. C'est notamment le cas, relaté par Matthieu, chef de travaux, de certains ouvriers musulmans qui consomment parfois de l'alcool sur les chantiers, à l'occasion d'un pot, d'une naissance ou d'un départ, pour signifier leur adhésion au groupe et à l'événement, sans pour autant en consommer dans leur famille. Les travaux de Karam (2016) sur les travailleurs du bâtiment au Brésil montrent que le système professionnel de consommation d'alcool peut aussi devenir extrêmement coercitif quand il s'agit d'une idéologie de défense développée pour faire face aux conditions extrêmement dégradées du travail. Le système psychodynamique sous-jacent se rigidifie, les activités des uns et des autres ne sont plus seulement cohérentes, elles doivent être conformes. Ne pas consommer d'alcool n'est pas une option au risque d'être exclu, symboliquement sous forme de bouc-émissaire, ou effectivement. Cette obligation quotidienne entre directement dans l'étiologie de

l'alcoolisme d'un grand nombre de ces professionnels (Karam, 2016 ; Dejours et Burlot, 1985 ; Dejours dans Dejours (dir.), 2010).

Nos observations, comme celles d'Auriacombe (dans Mildt, 2010), montrent aussi que la dépendance à un produit et le maintien d'une activité professionnelle de qualité et en santé, ne sont pas incompatibles. Travailler en étant consommateur chronique dépend de la qualité des systèmes sociaux dans lesquels l'usager s'inscrit. Soutenus, dans le cadre d'un suivi de substitution, d'un accompagnement spécialisé et/ou par la médecine du travail, ou en autorégulation, certains consommateurs choisissent de ne pas rompre avec leur consommation tout en maîtrisant les risques. La principale difficulté se construit en relation avec les réactions psychosociales de l'entourage : le rejet et la stigmatisation. Dans le forum « drogues et travail » de Psychoactifs, un professionnel usager de drogues raconte

> *« C'est sûr, prendre de la méthadone, ou injecter du Subutex n'a jamais impacté mon taff. J'en ai parlé avec le psychiatre qui me prescrit la méthadone. Il n'y a pas de raison d'être déclaré inapte dans mon cas, mais pour éviter les fuites et les jugements, il me conseille plutôt d'éviter de parler de la méthadone et de l'injection de Subutex. Pour me rassurer il m'a trouvé un alibi, une espèce de maladie pour expliquer mon amputation si jamais la médecin du travail insiste sur les causes de mon handicap. Le psy est cool car il me dit, qu'en cas de problème, il pourra même se débrouiller avec un collègue de l'hosto pour confirmer mon aptitude et mon alibi. Bien sûr, moi j'aimerais dire la vérité à tout le monde. (...) Moi j'aimerais tout dire, mais je ne veux pas prendre de risque avec le taf. A force je suis peut être devenue parano… Et après tout, ce qui compte vraiment, c'est qui je suis et ce que je fais de ma vie, et pas mon passé ou ce que je prends comme substitution. Pis flûte, pourquoi se justifier, je suis apte, j'ai bossé aujourd'hui. »*

Dans le forum « Drogues et travail » de Psychoactifs, une jeune femme témoigne de sa situation.

> « *Mon patron a fait le choix de me laisser une seconde chance, et depuis je vis mon petit calvaire professionnel. Le secret professionnel s'est vite émoussé. De bruits en bruits dans une toute petite entreprise je suis « la fille qui se pique ». Personne ne m'en parle en face, si ce n'est ma collègue directe, le directeur et la psychologue qui intervient dans l'établissement. (...) Les collègues jasent, remontent des « infos » leurs semblant pertinentes : elle disparaît souvent, elle n'est plus la même, elle est bizarre. Aller*

travailler est devenu pesant. Certes je suis responsable de la situation. Mais la pression qui m'est actuellement imposée n'aide pas à l'installation du climat serein nécessaire à la réussite d'une substitution. Je me suis posée et me pose encore la question : « dois-je m'expliquer face à toutes et tous afin de clarifier la situation ? » La psychiatre me le déconseille. Je ne dois de compte qu'à la direction ».

❖ **L'usage dégradé**

Au quotidien, compte-tenu des chiffres sur les usages de psychotropes des professionnels (Ofdt, 2013 ; Beck et coll., 2015) et des moindres accidents impliquant ces mêmes produits observés sur nos terrains, nous pouvons penser que le système social de travail régule plutôt efficacement les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues (même quand elles sont officiellement interdites). Mais cette régulation n'est pas sans tension, ni souffrance et usure pour les différents protagonistes. Les usages de psychotropes peuvent parfois conduire à des décompensations et des exclusions. Nous observons que le système social de travail occulte régulièrement les risques de ces usages compte tenu des bénéfices multiples qu'ils apportent sur les conditions physiques et psychosociales du travail : ils détendent et rythment des temps relationnels indispensables aux liaisons sociales et parfois même aux échanges professionnels majeurs (Castelain, 1992 ; Bazot, 1994 ; Merle et Lebeau, 2004 ; Prévot, 2007). Comme le souligne Clot (2002)

« Certaines conduites de prise de risque, encore dénommées conduites dangereuses ou conduites paradoxales, sont efficaces vis-à-vis de la conservation de la santé mentale, dans la mesure où elles ont une vocation défensive : lutter contre la perception du risque qui, si elle n'était pas atténuée par cette défense rendrait le travail impossible, tourner le risque en dérision ou en défi, en identité, pour s'en affranchir ».

Paradoxalement, par rapport au compromis social qui définit la gravité des usages de drogues en fonction du type de produit utilisé, de la quantité consommée et du métier, ce n'est pas la quantification par rapport aux substances qui est déterminante du point de vue de la santé ou de la sécurité, c'est le rôle que ce comportement prend dans l'économie psychique de la personne en relation avec son environnement (Boscher et Cerclé, 2004 ; Ehrenberg, 1999). Dans les collectifs, la perception de risque n'émerge que quand les effets indésirables sont trop visibles (Loriol, 2000, 2011 ; Prévot, 2007). Freinées par les bénéfices à préserver, les

alertes ne portent généralement que sur ces abus et sur leurs auteurs (Merle et Lebeau, 2004). C'est notamment le cas de ce que raconte Roberto, maquettiste

> « *Je suis confronté à l'alcool de bureau. Je pense que c'est comme tout le monde, c'est les naissances, les pots de départ etc. On a eu une salariée qui a été licencié à cause de ça. Une comptable qui picolait sur le lieu de travail. Elle a eu des problèmes personnels, elle a divorcé donc elle s'est mise à picoler au boulot. La procédure a été très longue avec la médecine du travail, la prise en charge et tout ça et la décision finale a été de la licencier. Ses collègues en pouvaient plus, c'était insupportable* ».

Dans cette entreprise, licites ou non, les pots alcoolisés sont peut-être dangereux mais ils semblent restés bénéfiques socialement et limités de manière satisfaisante. De son coté, l'usage de la part d'une salariée, devenu vraisemblablement hors de contrôle individuel et social, est devenu intenable pour l'organisation et la régulation du travail de ses collègues.

Dans un entretien, Pierre, agent technique, raconte une dynamique similaire de régulation dégradée et d'usure au sein de son équipe et l'impact sur lui

> « *J'arrivais en retard mais je m'arrangeais avec les chefs de poste qui étaient gardien de la paix jusqu'au jour où ma chef qui m'aimait bien est venue me voir et m'a dit que je sentais l'alcool. Je me suis un peu braqué. Je le savais mais je ne me rendais pas compte. Même mon collègue avec qui je bossais tous les jours ne me le disait pas. Lui, il savait que j'étais alcoolique donc il ne portait pas de jugement. Moi je ne me rendais pas compte que les gens autour de moi sentaient que je sentais l'alcool*. »

Dans son témoignage, un chargé de mission raconte comment son travail devient le théâtre des troubles actuels de ses consommations.

> *« Ca pose peu de problème quand on est substitué mais quand on ne l'est pas, ou que l'on replonge, c'est une autre histoire. Pour moi en ce moment ce n'est vraiment pas évident, je me suis mis à shooter au bureau, alors qu'avant j'arrivais à me l'interdire. J'ai peur que ça soit de plus en plus la dégringolade, je ne tiens vraiment pas à perdre mon boulot. Je ne prends pas grand chose, juste de quoi tenir la journée, je ne peux pas me permettre de piquer du blaze. »*

Franck, directeur général, témoigne d'une dynamique similaire

> *Franck : J'ai commencé à consommer de manière festive et puis ça s'est emballé et comme j'avais une activité au sein de cette structure qui était indépendante et que*

j'avais un rythme soutenu, je prenais de la cocaïne au travail. Je faisais mon travail vite fait bien fait. (...)

Q : Est-ce que tu prenais d'autres choses pour pouvoir pallier les effets de la cocaïne ?

Franck : De l'alcool et pour pouvoir dormir ou pour éviter de ressembler à quelqu'un de super excité, je prenais du Lexo et en fin de journée, je dosais avec de l'alcool.

Q : En fonction des moments de ta journée, tu dosais les produits que tu prenais ?

Franck : Il y avait un espèce d'équilibre qui s'est créé. Ma journée était centrée autour des trois produits en tout cas les trois produits structuraient largement mes journées.

Cette dangerosité perçue peut renvoyer au sujet et à son/ses produit(s) : inaptitude partielle ou totale à la fonction ou au poste, mais pas uniquement. Se jouent toujours aussi d'autres dynamiques, plus collectives, notamment celles des éventuelles fonctions, pour travailler ou se remettre de son travail, de ses usages.

3.2 Rôle de l'organisation du travail et du management

Nous nous intéressons aux normes du travail et aux pratiques de management et à leurs interrelations avec la santé des travailleurs et leurs usages de drogues. Nous étudions les liens entre type d'organisation du travail et rôle dans l'usage de psychotropes. Cette analyse nous conduit à nous intéresser au rôle de l'organisation officielle du travail et des différents types de managements observés :

- Celui qui garantit l'organisation prescrite et ne veut rien savoir des ressources réellement mobilisées pour les tenir : le management autoritaire
- Celui qui régule : le management régulateur
- Le faux-semblant : le management faux-semblant
- Celui qui prescrit/fournit les psychotropes : le management fournisseur de psychotropes

❖ **Le rôle de l'organisation du travail**

Nous observons que l'organisation officielle du travail (temporalités et division du travail, normes et procédures d'exécution et de contrôle) peut contribuer à limiter l'usage de psychotropes. Mickaël, un Crs, témoigne des temporalités de ses consommations d'alcool directement liées à l'organisation de son travail

« *Je ne bois pas d'alcool au travail. Par contre, des fois je fais trois, quatre jours de sept heures à dix neuf heures et j'ai quatre, cinq jours de repos. Là, c'est le midi et le soir. Ou le dernier jour on se dit qu'on va moins consommer parce que le lendemain on repart au boulot*. »

Marjorie, une consultante, raconte pour sa part l'impact de l'application de la loi anti tabac.

« *Une des raisons pour lesquelles j'ai arrêté, j'ai arrêté deux cent fois, mais ce qui m'a saoulé c'est de ne pas pouvoir fumer en travaillant, de devoir sortir, c'est insupportable parce que je ne fais plus rien d'autre qu'être dehors à fumer.* »

Nous observons aussi, et inversement, que l'organisation du travail peut contribuer directement à la consommation de psychotropes.

François, chef de cuisine, témoigne de la dureté du métier de la restauration

« *C'est un métier dur parce qu'on est souvent tenté de faire la fête à cause de la dureté de notre métier. On est tous influençable, on prend beaucoup de substances et on boit pas mal (…) et maintenant c'est surtout la cocaïne.* ».

Marie, gardienne de la paix, raconte comment l'alcool lui permet de faire avec un rythme de travail intensif et décalé.

« *C'est la Police Secours, on fait quatre jours de travail et deux jours de repos. Ce qui est embêtant, c'est que les deux premiers jours on fait de treize heures à vingt et une heures et le troisième jour, on doit revenir de cinq heures du matin à treize heures et pareil le dernier jour. C'est vrai que c'est des horaires assez pénibles parce que quand on a la chance de finir à vingt et une heures, le lendemain il faut revenir à cinq heures. C'est chaud parce qu'il faut qu'on évacue la journée qu'on a passé. On se couche à vingt-trois heures trente et il faut mettre le réveil à trois heures quarante-cinq. Je rentrais chez moi, je buvais mes deux verres de rouge, je mangeais, ça me fatiguait donc je pouvais dormir. Ma consommation de rouge, je la prenais pour trouver le sommeil plus rapidement pour avoir un minimum d'heures de sommeil et pouvoir assurer ma journée, de cinq heures à treize heures.* »

Rémi, un ancien métallier, raconte l'usure au long court de son métier et l'impossibilité de trouver un reclassement adapté et suffisamment précoce

« J'ai tellement soulevé lourd et mal que je me suis retrouvé avec des hernies partout. On est en train de les réparer ces conneries-là mais je me suis retrouvé handicapé, reconnu handicapé au démarrage il y a six, sept ans. Ça m'a pas plu qu'on me dise que je suis un handicapé. Personnellement, ça m'a froissé. Je l'ai pas admis aussitôt et je l'admets toujours pas donc j'ai voulu continuer à travailler normalement, ce qui fait que j'ai continué à me démolir, prendre des cachets pendant des mois et des surdosages. J'étais vraiment dans une addiction aux médicaments, en plus de l'alcool. »

Matthieu, chef de travaux, observe quant à lui qu'il doit y avoir des liens directs entre la dureté des conditions du travail sur les chantiers et les usages de psychotropes des ouvriers qu'il encadre

« Je pense qu'on les a jamais obligés à boire mais quand tu dois te lever à trois ou quatre heures du matin parce que t'habites dans le quatre-vingt quatorze et qu'il faut absolument que tu prennes le premier RER pour arriver sur Paris et reprendre un train parce que ton chantier est en proche banlieue et que tu démarres à sept heures et demie, à toute période de l'année et même quand il fait super froid et que tu sais que toute la journée il va faire zéro degré, que tu vas te prendre de la pluie, de la grêle, je pense qu'ils s'y mettent. »

Ces constats rejoignent les statistiques nationales sur la prévalence des usages de psychotropes dans les métiers du bâtiment et les observations ethnologiques de NgoNguene (2015) sur les consommations de drogues dans ces mêmes métiers.

Alain, médecin du travail, observe pour sa part des liens entre l'intensification et la flexibilité du travail dans une compagnie aérienne et l'usage d'hypnotiques avec des dommages associés

« L'hôtesse de l'air à laquelle je pense et que j'ai vu récemment à une visite de reprise après un malaise avec chute et entorse grave, qui fait qu'elle a été arrêtée assez longtemps, elle faisait bien un lien avec la prise de son hypnotique. Elle le prenait parce qu'elle avait des décalages horaires et qu'elle n'arrivait plus à trouver le sommeil alors que quand elle avait vingt-cinq ans, elle y arrivait bien mais maintenant qu'elle avait trente-deux ans, elle n'y arrivait plus. Elle prenait systématiquement des hypnotiques et ça la rendait vaseuse et c'est en descendant du train qu'elle est tombée suite à un réveil inopiné parce qu'elle a entendu qu'elle avait loupé la station et comme elle était un peu out à cause de l'hypnotique qu'elle avait pris la veille, elle est tombée. Là, il y a un lien à faire forcement avec l'organisation du travail. C'est une

boîte qui presse énormément l'ensemble de ses salariés avec des plannings de dernières minutes alors qu'ils sont en repos. Ils ont des fois quatorze heures de vol non-stop, c'est très lourd avec pour tenir, la nécessité de prendre des somnifères. Là, on est bien en lien direct avec l'organisation du travail. »

Organisation du travail qui limite les usages de psychotropes ou organisation qui y contribue, l'ambivalence est une des caractéristiques du travail comme des drogues. Cette réalité n'est pas une difficulté en soi, c'est la manière de l'analyser qui est centrale. Pour l'analyser correctement, il s'agit, comme nous l'avons souligné dans notre première partie, d'être « certain de cette incertitude » (Morin dans Vannereau, 2011) et que l'organisation du travail donne les moyens aux opérateurs de la production et de l'encadrement, de l'analyser et d'en tenir compte.

❖ **Le rôle du management « autoritaire »**

Le besoin de prendre en compte le « vrai travail » et son coût réel en terme d'énergie et de souffrance est une préoccupation récurrente chez les professionnels rencontrés au cours de notre étude. C'est aussi souvent un regret ou une plainte, le constat étant que le regard de l'opérateur sur les conditions et les effets de son travail est rarement interrogé par les donneurs d'ordres privés et publics. Dans un entretien, un gardien de la paix décrit combien le travail réel résiste aux représentations que la hiérarchie gestionnaire peut s'en faire

« *Tant que quelqu'un n'a pas passé plusieurs jours avec des fonctionnaires de police, on ne peut pas connaître notre métier. Même la commissaire divisionnaire, elle ne connaît pas le métier. Elle connaît le côté diriger les gens, affecter les gens. C'est une gestionnaire d'effectif. »*

Le métier inclue toutes les réalités qui résistent aux prévisions et aux règles, et toutes les stratégies mises en place « pour ne pas subir passivement la souffrance générée par les contraintes de l'organisation du travail » (Molinier, Flottes, 2012). Pour pouvoir les repérer et les comprendre, les attentes des travailleurs sont d'ouvrir d'avantage l'action du coté de l'analyse de l'organisation. Parallèlement, les normes gestionnaires du travail invitent à ne pas la discuter, voire à la cacher.

Catherine, dirigeante d'entreprise et consultante en santé au travail, raconte la volonté des directions clientes à agir sur les risques mais aussi les freins qu'elles ont pour ouvrir l'analyse du coté de l'organisation

> « *(…) oui ok on a vu qu'il y avait cinq fois cette erreur de pilote, cette erreur de contrôleur, on fait quoi ? Il y a quelques années à notre question « Attendez c'est dans quel contexte ? Ca se passe comment au niveau de l'organisation du travail ? » Leur réponse était « Houlalalala, attendez ce n'est pas la question que je vous pose ma petite dame ». Je crois qu'ils commencent à entendre maintenant. ».*

La priorité des managers est de respecter et de faire respecter les normes du travail. La logique à l'œuvre est celle de la conformité aux moyens et aux objectifs, au risque de masquer les résistances du réel. Isabelle, une agent de la paix, raconte la manque de lucidité de son supérieur

> *« Mon supérieur me disait que je faisais bien mon boulot mais comme tout je pense, quand on fait bien les choses, on vous demande toujours plus. Ils ont oublié que trois mois avant j'étais en mi-temps thérapeutique. »*

Valérie, une employée-caviste, témoigne de la violence relationnelle que peut provoquer la priorité absolue mise sur les objectifs de production sans en reconnaître les opérateurs

> « *Quand mon patron me regardait comme ça avec ses gros sourcils froncés et qui me parlait comme à des chiens. Pendant la période des vendanges, il est vraiment insupportable, il ne nous dit même pas bonjour et dans ces moments où il est comme ça, ça m'énervait et j'allais consommer. Ça me permettait de passer outre. Aujourd'hui du coup, j'ai plus ça et je le supporte pas plus. Du coup, je fais la gueule. C'était ma manière d'oublier.* »

Dans ces conditions, le management vise à garantir l'organisation prescrite et ne veut rien savoir des ressources réellement mobilisées pour les tenir. La performance visée est réduite à l'atteinte des objectifs productifs amputés de la santé des opérateurs et souvent à ses dépends. Nous observons que ce type de management favorise les usages défensifs de psychotropes. Il s'agit de tenir, d'oublier et de créer des liens sociaux entre pairs qui subliment la situation et permettent de faire face à la rigidité et au non-répondant, intentionnels ou non, du management.

❖ **Le rôle du management « régulateur »**

Parallèlement à cette posture que nous qualifions d'autoritaire, notre enquête nous conduit à observer des approches plus compréhensives du management et de la performance. Dans un entretien, Christian, médecin généraliste et ancien médecin militaire, décrit la place pivot du bar chez les pilotes de chasse. Pour des raisons de sécurité et de finances vu les exigences du pilotage et le prix des avions, les usages de psychotropes sont strictement interdits chez ces militaires mais le bar est un lieu professionnel incontournable, notamment en opérations extérieures. Christian souligne que dans les écarts entre la règle et le réel, la fiabilité peut-être du coté du réel, de la vraie vie

> « *On vivait dans le même hôtel, on allait manger ensemble le midi sur la base aérienne et le soir, on allait au resto et au bar ensemble. Au bout d'un moment, ça créé des liens. Dans toute ma carrière, toutes les informations vraiment importantes, je les ai eues au bar et jamais dans mon cabinet médical. Quand le pilote vient pleurer chez le médecin, c'est qu'il veut quelque chose, il y a quelque chose derrière. Il faut recouper les informations alors qu'au bar, au bout de trois bières, les infos sortent d'elles-mêmes. C'est pas bien de le dire ici mais c'est la vraie vie*. »

De son point de vue, cet analyse compréhensive du réel et de la fonction centrale de l'alcool dans la détente, la récupération et la cohésion d'équipe n'empêche ni la rigueur du travail, ni l'excellence des objectifs, il est au contraire le meilleur moyen de réguler les risques du travail du point de vue des pilotes articulé à son expertise de médecin. Pour Christian, ce qu'il appelle la « vraie vie » est avant tout conflictuelle et nécessite une analyse permanente et des compromis.

Dans un autre entretien, un intermittent du spectacle raconte comment, dans ses activités professionnelles, la cocaïne est collectivement acceptée comme ressource pour le travail, certes illicites mais pas sans règles ni régulations collectives. Il décrit une double prescription implicite 1) elle peut être utilisée pour faire face aux exigences du travail, 2) elle ne doit pas dépasser les effets adaptés aux exigences du travail. « *Bossant sur des amplitudes horaires de dingues (les premiers debout pour installer le matos, représentations, puis démontage, chargements de camions, route, déchargement au dépôt, etc.) la coke et l'alcool sont rois. Je dis que cette tendance diminue car nos employeurs sont de plus en plus vigilants quant à cela, l'alcool surtout. J'ai vu des mecs se faire virer manu-militari car incapables de bosser pour leur sécurité et celle des autres. Donc oui, l'alcool est sévèrement réprimé, en revanche la dope, sujet tabou car (j'exagère) tout le monde adore ça. ».*

Le propre du management régulateur est le couplage de la responsabilité, au sens d'une posture qui « répond de la situation », avec une excellente connaissance du réel, de ses exigences, de ses ressources, des indispensables ruses à développer collectivement et des limites à fixer tout aussi collectivement. L'alternative managériale peut être non conforme aux normes, ou véritablement répréhensible, sans être une violation de la sécurité effective, bien au contraire, en l'assurant mieux encore que ne l'aurait fait l'application de la règle (Amalberti, 1996). Nous sommes ici dans des dynamiques de fiabilité.

Mais l'issue de ces compromis « ressource pour travailler » Vs « risque » n'est jamais donnée d'avance. D'autant plus que le management régulateur peut parfois se faire plus individuellement que collectivement. Dans un entretien, Matthieu, chef de travaux, raconte son ambivalence entre la perception d'une consommation massive d'alcool et celle d'un travail bien fait. Son expérience lui a appris que l'alcoolisation n'est pas synonyme de mauvais travail mais cet arbitrage demeure incertain. Matthieu se rappelle une situation qui aurait pu dégénérée et sur laquelle il s'est interposé sans hésitation.

> *« J'avais un conducteur d'engin qui était régulièrement éméché tous les jours mais c'était quelqu'un qui avait l'air d'avoir l'habitude donc on le laissait mais le vendredi après-midi, il devenait en plus agressif. Il a pété une clôture donc je l'ai fait dégager du chantier ce jour-là mais il aurait pu écraser quelqu'un ce jour-là, je l'aurais vu trop tard ».*

La régulation ne supprime pas l'ambivalente du travail et des drogues. L'usage et ses risques renvoient également à des interactions professionnelles subjectives et sociales complexes, (hyper)protection, stigmatisation, paternalisme, exclusion, etc. Une même situation peut être déniée, banalisée et, sous l'effet de différents facteurs passer alors dans la catégorie « situation à risque », situation qui devient plus ou moins brusquement inacceptable. La fiabilité de la régulation tient à sa construction véritablement collective et à la posture de responsabilité du manager en cas de problème. Le collectif doit pouvoir compter sur une coresponsabilité assumée par le manager vis à vis des bénéfices mais aussi des risques liés aux psychotropes.

❖ **Le rôle du management « faux-semblant »**

A coté du management autoritaire qui fixe l'organisation prescrite et ne veut rien savoir des ressources mobilisées pour les tenir et de celui qui cherche à réguler les prescriptions en tenant compte des contraintes et des ressources réelles du travail, nous observons un troisième type de management qui connaît les consommations de drogues pour travailler mais ferme les yeux sans garantir son soutien en cas de problème. C'est une différence majeure avec le management régulateur, la posture de responsabilité fait défaut au management « faux-semblant » (Goffman, 1975). En cas de problème, les opérateurs restent individuellement responsables de la situation collective. Rémi, ancien technicien pétrolier, raconte

> « *Sur les plates-formes, j'en ai vu qui se shootait un peu, pour tenir ils prenaient des cochonneries comme ça mais si vous faites une erreur, vous êtes jeté et une deuxième, vous êtes viré. Il vaut mieux rester calme. Moi, mon patron n'en parlait pas de ça. Il disait : « Tu vas au resto et tu leur payes l'apéro, tu leur donne à boire comme ils veulent et quand la semaine est finie, lundi, ils repartiront en forme. »*

Dans en autre entretien, Manuel, un major de police, témoigne de l'ambivalence de sa situation et de son sentiment d'isolement face aux responsabilités

> « *Je suis sous traitement depuis deux ans, c'est pas compatible avec mon boulot. Il y a des degrés sur les boîtes. À un moment, j'avais deux médocs qui étaient au niveau quatre mais je travaillais comme ça. Le médecin-chef le savait mais il m'a quand même laissé reprendre. Ce qui m'avait choqué, c'est que l'administration retombera toujours sur ses pattes parce qu'il y a un an et demi de ça, je ne sais pas si vous vous en souvenez, il y avait un gendarme qui conduisait un véhicule et qui avait loupé un rond-point. Il avait tué une gamine je crois et il lui ont fait des examens sanguins. Il avait des traces d'un antidépresseur. Ça s'est retourné contre lui.* »

En tant que médecin du travail, Paul raconte avoir observé de nombreuses situations où l'intervention de l'employeur attend l'incident grave pour agir

> « *Repérer quelqu'un qui est un peu stone, c'est pas si compliqué que ça, on laisse pourrir souvent les gens. Alors que l'employeur, puisque c'est dans le texte, doit être vigilant sur la santé de ses salariés. Un salarié en état de bien-être ça se voit et celui en état de mal-être ça se voit aussi, pas besoin d'être toubib*. »

Dans un entretien, un directeur raconte à quel point tout le monde semble connaître l'éventualité du recours à la pharmacochimie pour travailler mais personne n'en parle

Q : Tu as jamais eu l'impression que ton collectif de travail s'en était rendu compte ?

Franck : C'est marrant parce qu'on en a parlé après coup avec le professeur (?) parce que quand je me suis fait soigner il m'a beaucoup aidé. Lui il dit que j'avais l'air très agité mais ils n'ont pas cherché.

Q : Tu faisais ton travail de toute façon…

Franck : Je faisais mon travail vite fait bien fait.

Dans un autre entretien, Marc, un agent pénitentiaire, décrit comment le silence et l'euphémisation de ses collègues et de sa hiérarchie ont pu participer à son alcoolisation chronique

Q : Vous avez commencé à évoquer la fois où votre chef vous a pris en aparté pour vous dire que vous sentiez l'alcool, comment ça s'est passé ?

Marc : Elle l'a dit. Mais elle, je ne voulais pas lui dire que j'étais alcoolique. C'est après, sur mon mois de sevrage que je lui ai fait comprendre. Elle m'a dit qu'elle s'en doutait un peu.

Q : D'accord, donc la première fois vous lui avez dit non…

Marc : Je lui ai dit que j'avais fait la fête la veille et qu'il ne fallait pas qu'elle s'inquiète. Mais c'était pas la première fois. Il y a quatre jours, je me rappelle que mon commandant m'a pris dans le bureau et m'a dit : « vous avez trente-quatre ans, réveillez-vous, faites quelque chose. Il faut arrêter la politique de l'autruche sinon je vais en arriver au service médical », et moi je ne comprenais pas. Il y a quatre jours que j'ai tilté ce qu'elle a voulu me faire comprendre. Ça sera beaucoup plus facile pour moi de reprendre le boulot et de me dire que j'ai fait la démarche moi-même.

Nous l'avons vu, dans un contexte de forte normalisation et de sous-emploi, les utilisateurs de psychotropes et leurs collègues, mais aussi les encadrants et parfois les médecins du travail, contrôlent l'information sur les usages de psychotropes dans le sens de leur productivité et de leur « employabilité ». Ils construisent et protègent une identité sociale qui ne peut être discréditée par le moindre stigmate (Goffman, 1975). Ils apprennent à camoufler les consommations en « faux-semblant » (Goffman, 1975, p.86), ou à faire passer les signes d'un stigmate donné pour ceux d'un autre dont les caractères est moins grave (« fatigué » au lieu de « saoul », usages de médicaments au lieu de drogues ou d'alcool). Ils peuvent aussi maintenir

le secret par l'isolement. Dans la situation de Marc, comme dans d'autres situations analysées précédemment, nous voyons que le faux-semblant des consommateurs est aussi celui du management. Il est une construction sociale. Parfois les encadrants ne se positionnent pas face à l'alcoolisation excessive qu'ils observent (odeurs, retards, etc.) en miroir du non-dit de l'opérateur mais c'est de leur responsabilité de chercher à comprendre le réel, quel qu'il soit, et à le transformer dans le sens de la santé. Leur propre faux-semblant est une stratégie qui sert leurs intérêts immédiats, participe de l'usage de psychotropes et masque aussi les liens entre le travail et ces usages.

❖ **Le management prescripteur/fournisseur de psychotropes**

Parallèlement aux modalités managériales évoquées précédemment, nous observons des situations où ce sont les employeurs et les encadrants qui prescrivent, directement ou non, voire fournissent, les psychotropes. Comme le raconte Catherine, dirigeante d'une petite entreprise, les prescriptions peuvent prendre la forme d'habitudes, de stratégies défensives de métier.

> « *C'est un peu n'importe quoi au niveau organisation mais malheureusement je ne vois comment je pourrai faire autrement. Parfois on enquille les formations et puis c'est à ce moment là qu'il y a les appels d'offre, alors on les fait le week-end. Et après pendant 15j t'as pas de formation et t'as pas d'appel d'offre, t'as trois tests. Non c'est absolument pas lissé. Vraiment pas. On a des périodes de surcharge. Des périodes de sous-charge... y'en a, y'en a pas tant que ça, mais les périodes de surcharge, des pics, ça oui.* (…) *Alors ici, dans les conditions de travail, en terme de café (rires)… Ici le café ! (rires)... Café et clopes. Je dois être à un paquet par jour. On fume tous ensemble sur le balcon. On relâche et on discute des dossiers. C'est compliqué pour ceux qui veulent arrêter de fumer (rires..)*»

Les prescriptions peuvent renvoyer à des contraintes de travail, de mise à disposition des produits, de culture de métier. Marie, une comédienne, raconte la présence de la drogue sur les tournages « *Ce n'est pas visible, ce n'est pas sur la table de régie. Mais c'est là. Le shit et la coke sont partout sur un tournage.* ». Pierre relate celle de l'alcool dans la restauration. « *Je travaillais dans le privé quand j'étais cuisinier, dans des pizzerias où c'est des sacrés horaires. Quand on est barman, on a la facilité de l'alcool.* »

L'accessibilité des produits peut aussi être liée au métier, couplées aux conditions de travail. Sylvie, gardienne de la paix se souvient. « *Toutes ces générations d'anciens qui faisaient la tournée des bars est partie à la retraite et les jeunes qui arrivent dans la police ne sont pas alcooliques ou ne boivent pas pendant le travail. Ils le feront peut-être après, mais ils ne le feront pas pendant. Par contre, je pense qu'il y a une détresse à la maison, c'est plus solitaire.* »

Rappelons que les consommations de drogues ont toujours été des pratiques sociales et fonctionnelles. Les usages de café, d'alcool, de tabac ou de cocaïne que nous observons aujourd'hui ne sont pas ex nihilo. Ils s'inscrivent dans l'histoire psychosociale de ces produits et des pratiques associées. Il est à noter aussi ici que, sous l'influence du durcissement des réglementations en matière d'usages de psychotropes sur les lieux de travail (interdiction du tabac et de l'alcool notamment, dépistage des drogues illicites), les dynamiques collectives et la disponibilité des produits dans le milieu professionnel se transforment. Leurs excès notables disparaissent mais aussi leurs fonctions comme ressource individuelle et collective pour travailler. Dans cette dynamique, si les composantes professionnelles des usages ne sont pas évaluées, d'autres symptômes apparaissent (« *détresse à la maison, c'est plus solitaire* »). Les bascules entre l'emploi et le non-emploi, les liens entre le haut niveau d'usages de psychotropes des chômeurs, leurs usages antérieurs et leurs situations de travail pécédentes, pourraient être étudiés de ce coté.

3.3 Les activités de prévention et leurs effets sur le travail et l'usage de drogues

Nous étudions la prévention institutionnelle telle qu'elle se déploie réellement dans les situations de travail. Nous explorons les activités de prévention et les écarts entre les discours officiels et les pratiques et leurs effets sur les situations de travail et sur les usages de psychotropes des personnes ciblées et des acteurs de la prévention eux-mêmes. Cette analyse nous conduit à nous intéresser aux dispositifs de la prévention institutionnelle, aux activités de prévention et à leurs effets.

❖ Les dispositifs de la prévention institutionnelle

Les acteurs de la prévention

Dans le cadre de notre enquête, nos interlocuteurs décrivent différents acteurs et dispositifs de prévention. Tous s'organisent généralement dans une logique dite de la « prévention des risques liés à l'alcool et aux drogues ». Les produits tels que le café, le tabac et les médicaments psychotropes sont plus rarement ciblés. Le café n'est pas vraiment considéré comme une drogue par nos interlocuteurs, du moins pas comme un produit dangereux, ce qui l'exclut de la prévention des risques professionnels. Les arguments récurrents pour ignorer le tabac sont son interdiction dans les locaux de travail et la non-dangerosité immédiate de ses effets (hors manipulation de produits toxiques ou inflammables). Les arguments pour exclure les médicaments sont le respect de la santé (comme dimension privée et liberté individuelle) et la confiance mise dans les médecins pour maîtriser l'éventuelle dangerosité des produits prescrits. Dans les dispositifs officiels de prévention, les médicaments s'inscrivent du coté de la santé et du secret médical, beaucoup plus rarement du coté de leur dangerosité. Toutefois, les effets parfois inquiétants des consommations d'antidépresseurs, de benzodiazépines, de dérivés morphiniques, etc., que nos interlocuteurs observent pour eux-mêmes ou dans leur entourage, fait vaciller la représentation d'un couple médicament/médecin qui serait sans danger pour les utilisateurs travailleurs. Nous l'avons vu dans notre première partie, ces préoccupations se retrouvent dans celles de l'expertise collective sur les médicaments psychotropes de l'Inserm (2012) et dans les « Avis » (formulés par substances, ex : Stilnox, Noctamine, Imodane, etc.) de la Haute autorité sanitaire (voir has-sante.fr).

Les vocables utilisés par nos interlocuteurs (employés, encadrants, médecins du travail, dirigeants ou acteurs du champ de l'addictologie) pour qualifier le risque ciblé par la prévention sont ceux des « addictions » ou des « conduites addictives ». Nous retrouvons dans nos terrains la domination du discours addictologique tel que nous l'avons observé dans les résultats de notre revue de littérature.

Parallèlement, les acteurs de la prévention officielle les plus communément identifiés dans notre enquête sont : l'employeur (ou représentants de l'employeur, notamment la Drh ou les cadres dirigeants), les institutions représentatives du personnel quand il y en a (Chsct, délégués syndicaux, etc.) et l'équipe médicale du travail (le médecin du travail principalement, intra ou interentreprises). Plus ponctuellement, en fonction de l'existence

d'une politique active sur les « addictions », les acteurs repérés comme impliqués sont les groupes de travail dédiés, les « groupes alcool » ou « groupes addictions », et les opérateurs du champ de l'addictologie. De manière générale, les travailleurs productifs sont décrits non comme les acteurs mais comme les cibles de la prévention.

Les « groupes alcool » (ou « addictions ») que nous avons étudiés directement ou dont nos interlocuteurs nous ont parlés, sont généralement constitués autour de projets, de formations et de préconisations animés par les grands opérateurs du champ de l'addictologie (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Irema, Aides Alcool, Hassé Consultants), sur la base des guides de bonnes pratiques de l'Inrs (2013) ou de la Mildeca-Dgt-Inpes (2012) eux-mêmes inspirés par ces mêmes opérateurs de l'addictologie. Ils se développent dans la logique d'une prévention morcelée risque par risque, avec des acteurs institutionnels « dédiés ». Les « groupes addiction » s'organisent dans des entreprises de taille moyenne à grande et sont constitués dans une logique de « panel » : l'employeur ou un représentant de l'employeur, des fonctionnels rattachés aux services supports (Drh, Prévention des risques professionnels et relations de travail), des fonctionnels rattachés au service de santé au travail, des opérationnels (managers, encadrants, employés). La caractéristique des groupes est leur forte hétérogénéité interne en terme de métiers, de positions hiérarchiques et d'ancienneté dans l'entreprise. En fonction des turn-over et de l'ancienneté du groupe, nous observons aussi une hétérogénéité d'ancienneté à l'intérieur du groupe. La constitution de chaque groupe se fait sur la base du volontariat et d'une sollicitation ciblée par la direction. Il ne nous a pas été relaté d'appel à candidature ouvert à tous, du moins pas pour la totalité d'un groupe donné. Les directions ciblent en priorité des personnes qu'elles estiment utiles à la réussite de la prévention telle qu'elle l'envisage. L'objectif officiel de cette hétérogénéité est la recherche de l'effet « panel » des métiers et des fonctions, d'une forme de représentativité du groupe qui en deviendrait capable d'apporter une contribution adaptée, voire légitime, à l'élaboration d'actions de prévention et à leur diffusion. Nous observons que cette hétérogénéité est aussi au service d'un regard éclaté, transversal sur l'entreprise, qui évite d'étudier les situations d'usages de drogue, au cœur d'une équipe de travail, par l'analyse du travail. L'idée qui motive ce refus de partir des situations de travail au profit d'un dispositif « satellite » est soit que ce n'est pas utile et trop lourd (observé dans l'entreprise de transports), soit que c'est à éviter par crainte de soulever des questions qui dépasseraient le risque ciblé, des questions de conflit d'activités et de souffrance au travail notamment (dans la grande entreprise). L'émiettement de la prévention

par risque sert doublement la gestion, elle s'adapte à la division du travail et masque les propriétés communes à de tous les risques : l'organisation du travail.

Les acteurs du champ de l'addictologie impliqués en entreprises que nous avons étudiés et dont nous avons entendu parlé sur nos terrains, sont des professionnels de l'accompagnement et du soin (médecin, psychologue, assistante sociale, éducateur spécialisé) ou de la prévention (éducateur spécialisé, chargé de mission en éducation pour la santé ou en promotion de la santé, ingénieur sécurité). Quelques uns de ces professionnels ont une formation complémentaire sur le travail (ergonomie, médecine du travail, ergologie, psychologie ou psychodynamique du travail) mais d'après les enquêtes internes de notre terrain « fédération en addictologie », cette part serait marginale, de l'ordre de 5 à 10%.

❖ Les activités de prévention et leurs effets

Les activités des employeurs

Les mesures de prévention doivent être conformes au respect des libertés individuelles et aux principes généraux de prévention des risques professionnels inscrits au Code du travail (article L.4121-2). L'article R4228-20 du code du travail indique qu' « aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail ». L'article R4228-21 « interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse ».

Dans notre chapitre précédent (rôle de l'organisation du travail et rôle du management) nos montrons que les activités des employeurs vis à vis de leurs obligations sont très variables. Elles diffèrent en fonction des personnes mais surtout en fonction des situations. Un même dirigeant peut passer d'une attitude à une autre si le contexte lui semble nécessiter telle ou telle action, en fonction de sa perception et de ses intérêts. Dans certaines situations l'action passe par le rappel à la loi et aux procédures de travail. Dans d'autres, il s'agit de laisser faire en arbitrant entre niveau d'usage (d'alcool notamment), situation de travail et niveau de dangerosité. Dans d'autres encore il s'agit d'intervenir pour faire cesser une situation jugée trop risquée.

> *M : Le matin, tu vois le chef de chantier avec qui tu fais un point. On est les deux décisionnaires en direct s'il y a un problème d'alcool. Quand je vire des gars c'est ma décision personnelle. Après quand c'est du personnel en direct, j'en informe ma*

hiérarchie mais ça m'est jamais arrivé et quand c'est des sous-traitants, j'en informe les patrons en faisant un recommandé.

R : Ça arrive ?

M : Oui ça arrive.

R : Après les mecs t'en veulent ?

M : Non, ils ne viennent plus. Ils changent d'équipe en général et d'autant plus quand c'est de la main d'œuvre pas déclarée. Tu as des règles et tu vas vite dans les pénalités. Si le mec a fait une connerie par exemple, tu vas dire qu'il a détérioré un pan de mur et tu fais une mise en demeure et que s'il ne rattrape pas son retard sous quinze jours, vous aurez tant de pénalité conformément au marché que vous avez signé etc. C'est très procédurier.

R : Oui, c'est ce type d'excuse.

M : Oui, j'ai jamais fait « parce qu'il a trop bu », tu peux pas l'écrire.

Dans tous les cas, les visées sont celles de la qualité et de la continuité de la production et l'évitement de l'accident ou de l'incident trop grave. Parfois, dans cette logique, même si elle n'est pas toujours élaborée comme telle, les dirigeants et les encadrants fournissent eux-mêmes les psychotropes : café, tabac, alcool, stupéfiants et même médicaments (prescriptions faites par les médecins chef de service hospitalier dans leur équipe) associés aux moyens d'une bonne régulation sociale des bénéfices et des risques. Cet argument de la régulation sociale comme préservation de la performance et prévention des risques est d'ailleurs au cœur de la ligne de défense des dirigeants de l'équipe cycliste de Festina (« affaire Festina » en 2000) : les coureurs de l'équipe se seraient dopés de toute façon, autant qu'ils le fassent dans des conditions médicales et économiques (bonne hygiène et bons produits) organisées au mieux par les donneurs d'ordre (Escriva, 2015).

Au cœur de cette grande variabilité d'activités, notre étude montre que les employeurs mobilisent certaines représentations et actions communes, celles de solliciter le secours du médecin du travail pour gérer des situations d'ébriété aiguë ou chronique et « recadrer » ou orienter sanitairement les personnes manifestant des troubles. Marie, médecin du travail interentreprises, raconte une situation type de prise en charge d'une ébriété au poste de travail

« J'ai géré très concrètement par téléphone, un état d'imprégnation à priori alcool, à distance avec le patron, je lui disais ce qu'il fallait faire. C'était un employé de bureau. Je lui ai dit d'appeler les secours et de le faire évacuer sanitairement, d'acter et de prendre un témoin dans son entreprise pour acter les faits. Une fois qu'il revient,

vous le convoquez chez moi, non pas pour une punition mais pour faire le point avec lui. »

Ce réflexe d'orienter les « cas », les « salariés-problèmes » vers le médecin s'organise autour de la dynamique globale d'occultation de toute responsabilité professionnelle dans l'usage de drogue et surtout dans sa dégradation.

Les activités des employeurs les plus récurrentes, et les plus partagées entre eux, semblent être « celles qu'ils ne font pas » plutôt que « celles qu'ils font ». Notre terrain de recherche montre que les employeurs n'engagent pas d'analyse organisationnelle des usages de psychotropes. Les dirigeants peuvent chercher à comprendre l'offre et l'usage d'alcool ou d'autres produits dans leur établissement, pour mesurer s'ils décident de les maintenir, de les limiter ou de les bannir, généralement en fonctions des tensions associées. Ils n'en étudient généralement pas les fonctions. Ils n'analysent pas les relations entre l'organisation du travail et les consommations des travailleurs : en quoi le recours à ces produits peuvent aussi être des ressources pour travailler. Il est à noter ici que, sur nos terrains, cette question n'est pas plus celle des autres acteurs de la prévention que celles des employeurs. Nous y reviendrons.

Les effets de cette absence d'analyse sont multiples :

- Elle masque les bénéfices des usages de psychotropes pour travailler.
- Elle masque les risques de l'organisation du travail.
- Elle impose une forme de double peine en stigmatisant des travailleurs usagers de drogue qui consomment pour rester conformes aux exigences du travail.
- Elle individualise les responsabilités Elle maintient un système de normes intenables de travail.

De manière sous-jacente, et explicite parfois aussi, nous observons des employeurs qui, conjointement au fait de ne pas analyser les dimensions organisationnelles des usages de drogues, empêchent les équipes médicales du travail de le faire. Les arguments avancés sont ceux de la primauté de la responsabilité individuelle sur toute autre en matière de consommations de drogue. Si des professionnels recourent aux drogues pour travailler c'est leur choix personnel (ou leur maladie). Il n'est nulle part écrit qu'ils doivent le faire, il est au contraire généralement indiquer que c'est interdit. Parallèlement, les salariés ont officiellement le devoir de faire remonter les difficultés rencontrées à leur poste de travail pour qu'elles soient prises en compte. S'ils ne le font pas et préfèrent éventuellement user de

psychotropes pour masquer leurs problèmes, cela leur incombe aussi directement et individuellement.

Les activités des médecins du travail

Dans le cadre de leur mission officielle, cadrée par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, les médecins du travail sont tenus de « prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail » (voir légifrance.fr).

Notre étude montre que les activités des médecins vis à vis de cette mission sont très variables. Elles semblent différer notamment en fonction des formations et des perspectives théoriques, élaborées ou non, des médecins. Nous avons observé quatre types d'activité et de posture :

- **Les activités sur les usages de psychotropes des travailleurs construites autour des normes sanitaires et juridiques**. L'analyse des médecins se focalise sur ce qui doit être fait plus que sur ce qui se fait. Ils développent peu ou pas d'analyse du travail. Ils ne craignent pas de parler de ce sujet mais le rabattent sur des rappels aux normes. Leur perspective sous jacente est que l'usage de drogue est un risque ou une pathologie et que les travailleurs doivent adapter leur comportement aux normes pour préserver leur santé et celle de leurs collègues et clients.
- **L'absence d'activités sur les usages de psychotropes des travailleurs**. Certains médecins se sentent démunis sur la question des drogues, alcool et stupéfiants notamment. Ils peuvent émettre des recommandations normatives mais fuient le dialogue avec les travailleurs « *de peur de ne pas savoir quoi faire de leur réponse* » (entendu en intervention dans une équipe médicale du travail). La perspective sous jacente est que l'usage de drogue est une conduite d'ordre privée ou juridique qui n'est pas du ressort des médecins du travail.
- **Les activités propres à la démarche du « Repérage précoce et de l'intervention brève »** (Rpib) (voir annexe 7 et 8). Ils ouvrent le dialogue sur l'alcool et les stupéfiants autour :

  1/ des normes sanitaires et juridiques

  2/ de « l'entretien motivationnel » qui repère la motivation du salarié à changer ses consommations et a comme visée la diminution des usages (au regard des normes). Leur analyse se focalise conjointement sur ce qui doit être fait (les normes) et sur ce qui se fait, afin de contribuer à transformer ce qui se fait du coté des normes.

Cette approche est individualisante et pathologisante. Le Rpib ne développe pas l'analyse du travail. La perspective sous jacente est univoque, l'usage de drogue est un risque ou une pathologie.

- **Les activités sur les usages de psychotropes des travailleurs qui se focalisent sur ce qui se fait**. Les médecins du travail développent une analyse du travail avant toute préconisation. La perspective sous jacente est celle du travail réel et de la clinique du travail.

Ces différentes activités et postures entraînent des effets très différents sur les activités et les usages de psychotropes des opérateurs.

Dans un entretien, un cuisinier, gros consommateur de stupéfiants et de médicaments psychotropes, décrit sa relation avec les médecins du travail sur le sujet de ses usages.

Q : Et les médecins du travail ?

R : Je leur en ai parlé.

Q : Ah oui… Et comment ça se passait ? Qu'est ce qu'ils vous conseillaient ?

R : Ils me disaient d'arrêter parce que ce n'est pas bien. C'est ce qu'on m'a dit la plupart du temps »

Cette forme de barrière morale et hygiéniste empêchant tout dialogue a été souvent relatée.

Dans un autre témoignage, un intérimaire raconte quant à lui, deux expériences strictement opposées avec des médecins du travail

« *J'ai eu deux médecins et deux réactions. Premier médecin à qui je confie ma dépendance, et qui appelle carrément le centre ou je vais maintenant pour m'y recommander, puis qui m'appelle pour que j'y aille pour mon premier rendez-vous, et qui ne m'a pas lâché jusqu'à ce que le traitement démarre. Deuxième médecin (nouveau) qui me prends la tension et qui la trouve excellente. Je lui réponds, c'est normal avec le cannabis. Alors, il met la main sur ses oreilles et me dit. J'ai rien entendu. Il aurait du discuter a minima avec moi. Mais non, il a botté en touche*. »

Les travailleurs étudiés discutent rarement de leurs usages de psychotropes avec leur médecin, surtout si leurs produits sont des stupéfiants. Soit parce qu'il n'y a pas de question de la part des médecins, soit parce que la question est posée de telle manière qu'elle désapprouve d'emblée et exclusivement, le consommateur et ses usages. Pour les travailleurs certaines questions sont fermées à toute discussion, elle ne cherche pas à accéder au réel singulier de la situation, à son sens professionnel, mais à « recadrer » les comportements.

Dans ces situations, si les personnes sentent qu'elles ne sont pas véritablement écoutées, que le seul enjeu est qu'elles soient déviantes, ou malades, et qu'elles doivent changer leurs consommations, elles se taisent. Ce qui est alors appelé « déni » apparaît plus généralement comme une stratégie de faux-semblant de la part des travailleurs usagers de drogues, pour ne pas souffrir de stigmatisation ou ne pas mettre leur poste en danger avec une éventuelle perte d'aptitude.

Dans le cadre du forum « Drogues et travail » du site Psychoactifs.org, la question des entretiens avec le médecin du travail est une des plus débattues. Les conclusions des usagers de drogues et de traitements de substitution vont toutes dans le même sens : se protéger des médecins. « *La règle d'or : ne jamais dire ce genre de chose à la médecine du travail. Ils balancent tout aux employeurs, car ils dépendent d'eux. Dans notre société, être substitués revient à être toujours de pauvres camés. Donc : menteurs, non fiables, dangereux, etc. et pas équilibré. Donc silence. Désolé mais tout peut nous nuire.* ».

Les conséquences du non dialogue et de la stigmatisation fragilisent profondément la relation médecin/salarié et la santé des travailleurs. Ce défaut de dialogue créé deux camps qui s'opposent là où il devrait y avoir une alliance médico-professionnelle. La figure des produits joue comme une ligne de démarcation, elle semble autoriser le médecin à ne plus être aux cotés du salarié. Le drame est que ce faisant, le travailleur n'a plus de recours pour ouvrir une analyse de sa situation sur des versants collectifs, du coté du travail. Les pratiques de médecins qui enferment la problématique des usages de psychotropes strictement du coté des individus se couplent avec les pratiques individualisantes organisées par les employeurs dans leurs intérêts et de fait contre ceux du salarié.

Cette situation d'enfermement des activités du sujet sur sa responsabilité individuelle avec peu de recours collectif (ni la prévention dans l'établissement, ni la médecine en dehors de l'établissement, tous deux défaillants) est bien décrite dans cet échange avec un agent pénitencier.

Q : Au travail, vous n'aviez pas vu le médecin de prévention ?

R : « Non, je n'ai jamais voulu le dire au travail parce que c'est très mal vu par tout le monde et puis expliquer pourquoi on est obligé de boire, les gens ne comprennent pas. »

Q : Vous avez repéré d'autres personnes qui ont une forte consommation d'alcool ?

R : « Oui, il y en a d'autres. »

Q : Ça se passe de la même façon pour les autres, rien n'est dit ?

R : « Rien n'est dit et rien n'est fait non plus. Ils font beaucoup de prévention mais ça ne fait pas grand chose. »

Q : Ça prend quelle forme la prévention ?

R : « C'est des affiches, des notes de service qui rappelle que l'alcool est interdit sur le lieu de travail. Sur les services de nuit, des fois il y a la direction qui vérifie ce qu'il y a dans la salle. Sur le lieu de travail, on ne peut pas dire que ça ne porte pas ses fruits mais c'est plus la sanction. Si on est pris à boire un verre au travail, c'est la porte. »

Q : Vous n'avez pas envisagé d'aller voir le médecin de prévention pour qu'il y ait une prise en compte de votre situation actuelle ?

R : « Moi, le rapport alcool- travail, je préfère pas en parler, même si avec le médecin, on dit qu'il y a le secret médical. Ici, avec les médecins, avec vous, oui mais au travail, non. J'ai deux, trois bons collègues de travail qui savent mais c'est tout. Maintenant tout le monde se doute mais je ne veux pas en parler avec eux. »

Q : Parce que le ou la médecin qui est au travail, vous ne le considérez pas comme un allié ?

R : « C'est délicat, je ne le connais pas. La visite du travail, c'est une fois par an. Je dois la voir une fois tous les cinq ans et la visite, elle demande si ça va, elle prend la tension et basta. Je vous dis, je peux appeler demain pour savoir comment va se passer mon retour mais il n'y aura rien. Les syndicats non plus. Et même par rapport aux autres, il y en a qui font très bien leur travail et moi, parce que j'ai bu, on va me mettre dans un poste plus tranquille. C'est pas logique par rapport aux autres. »

Q : Si, il peut y avoir une logique si on sort d'un regard moral sur l'alcool parce que pour quelqu'un qui se casse une jambe, il n'y a pas de regard moral là-dessus. C'est vrai qu'on pourrait s'autoriser à avoir le même type de regard sur l'alcool.

Q : Le médecin du travail, il est justement là pour accompagner des questions de santé dans leurs interactions avec le travail, que ce soit dépression, alcool, jambe cassée, handicap…

R : « Je vous dis, le médecin du travail, je ne le vois jamais. J'ai eu deux visites du travail depuis que je suis en Savoie et j'y suis depuis deux mille. C'est deux visites qui durent cinq minutes. Je suis sûr qu'ils ne vont pas m'aider, au contraire, ils vont m'enfoncer. »

Sur nos terrains, les activités des médecins ne se résument pas à ces dénuements et à ces rencontres ratées. D'autres témoignages montrent la possibilité d'un dialogue ouvert et de postures médico-professionnelle centrées sur le travail réel. Dans un entretien, une infirmière du travail décrit la plus-value clinique que peuvent apporter ses entretiens

> « *Ces problématiques-là : les horaires atypiques, le travail de nuit, en équipes alternantes… Pour la plupart des gens, quand on les voit, il n'y a pas de conséquences physiques, physiologiques, donc ce n'est pas à ce niveau-là que ça se pose, c'est vraiment à un niveau d'information, d'analyse, mais pour ça il faut pouvoir se poser et puis l'infirmière, elle n'a pas ce couperet à la fin de dire qu'il ne retourne pas sur le poste. On peut parler de certaines choses avec l'infirmière. Pour moi, ça peut être l'occasion de mettre en place un espace où il y a des choses qui vont pouvoir se dire et émerger. On reçoit des fois un coup de fil pour nous dire que monsieur machin boit mais eux ils le voient tous les jours le gars, ils savent mais le gars ne dit rien, ni les collègues, tant que quelque chose ne s'est pas produit et là, ils tombent des nues quand on leur dit qu'on n'était pas au courant*. »

Dans un autre entretien, un médecin du travail décrit sa dynamique de travail et son approche des produits par le biais du Rpib.

> « *Moi, j'en reste au champ de l'écoute neutre, attentive, bienveillante, du conseil qui marche bien dans 50% des cas sur l'alcool. Il n'y a pas d'études sur le cannabis encore pour prouver que ça marche. Ce sera peut-être plus compliqué tant que ça reste une drogue illicite mais qui se dit très librement aussi. Après, on va parler des autres produits, il y a intérêt à parler des psychotropes type anxiolytiques, c'est aussi un gros sujet. Quand l'importance est là pour réussir un changement, on a des chances de réussir. Il y a, à la fois le critère de l'importance et le critère de la confiance que l'on a en soi dans sa capacité à réussir un changement. Ce sont les deux grands piliers.* »

Nous observons que le repérage et l'intervention brève créent les conditions d'un dialogue ouvert, bénéfique pour la préservation et la reconnaissance de soi des travailleurs. C'est aussi une approche qui masque doublement le travail. Elle individualise l'analyse du coté du couple sujet-produit et entérine que la discussion doit se construire du coté du privé en dehors du travail (voir annexe 7 et 8).

> « *La médecine du travail, justement son rôle spécifique, c'est le cadre d'un espace où un homme ou une femme peut se livrer. C'est ce qu'on peut encore offrir de spécifique*

en France. Parce qu'on va pas se livrer à son Rh comme ça ou à son chef. Si ça a du sens avec le travail, on va encore moins se livrer à lui. »

Le constat qui pose le médecin comme le seul acteur possible pour ouvrir le dialogue sur les tensions du travail et sur les psychotropes montre un certain état de fragilité du travail et de la prévention officielle.

Les activités des groupes de « prévention des addictions »

Nous observons que les toutes premières activités des membres des « groupes addictions » sont généralement de se former auprès des acteurs du champ de l'addictologie. Dans les entreprises comme les services de santé au travail étudiées (au cours de cette recherche et dans notre parcours d'intervenante) l'idée-force est que la prévention ne peut faire l'économie des savoirs et des méthodes de l'addictologie.

Dans ces formations, le travail des groupes prévention est orientée du coté de :

- La prise en compte des usages de psychotropes comme « addiction » et risque.
- Le repérage des troubles liés à ces produits et de l'accompagnement des malades.
- La limitation et du recadrage des usages sur les normes sanitaires et juridiques.

Dans les situations que nous avons étudiées (les deux grands groupes addictions et les discussion avec le groupe « Monde du travail » de la fédération en addictologie), nous observons que les formations promeuvent peu d'études, de notions ou de méthodes issues du champ de sciences du travail. Nous avons vu que les travaux des ergodisciplines sur le sujet sont invisibilisés dans les guides (Inrs, 2013 ; Mildt-Dgt-Inpes, 2010) et les rapports institutionnels (Mildt, 2010 ; Palle, 2015 ; Redonnet, 2010). La perspective mobilisée est celle de l'alcoologie et l'addictologie. La question du travail est envisagée comme un contexte, un environnement, non comme une organisation vivante et un système d'activités. La construction de la problématique et du travail des deux groupes de prévention se font sur une seule et même logique : le travailleur est un sujet responsable individuellement. Cette logique est organisée autour de deux figures clefs :

- La figure de l'alcoolique/malade, le ou les « cas » de l'entreprise comme sujet défaillant quant à son aptitude à respecter les règles, isolée, isolable

- La figure du professionnel comme sujet du respect de la réglementation avant que d'être sujet de son travail, d'activités complexes et d'arbitrages. Cette figure engendre, par opposition, la figure du professionnel déviant.

Dans un entretien, une des membres du « groupe alcool » de l'entreprise de transport raconte ce qui l'a marquée au cours de la formation.

> « *Le groupe alcool existe depuis 2006 mais, au début, on ne savait pas comment faire. (...) Alors on a commencé une formation qui a duré 24h en plusieurs fois, à raison de 4h à chaque fois. Nous étions dix personnes, on a choisi, on a proposé. Il a quand même fallu qu'on passe devant un psychologue pour savoir si on pouvait supporter la formation, parce qu'il y a quand même des choses assez difficiles à vivre en formation : on a vu des alcooliques-abstinents. Et après on a tous fait attention à ce qu'on buvait. C'était important de voir qu'on peut tous tomber dans l'alcool, qu'on peut tous à un moment donné se retrouver dans un cas difficile.* »

Dans cette logique, les activités des groupes alcool (ou addiction) de chacune des deux entreprises terrains se sont concentrées sur l'élaboration de recommandations réglementaires et sur la mise en place et la diffusion de procédures d'aide et d'orientation des personnes en danger, repérées en état d'ébriété aigue ou chronique à leur poste de travail. Les activités consensuelles des groupes sont basées sur les figures de la maladie et de la déviance, elles se résument à une production de procédures qui recouvrent la complexité et les paradoxes du travail réel et des usages de psychotropes. Dans un entretien, France Langlade, la dirigeante de l'entreprise du transport et membre du groupe alcool, liste l'ensemble des bénéfices du travail du groupe sur les deux versants de l'aide aux malades et de l'aide au respect des règles.

> « *Les consignes sont dans le règlement intérieur. On sait que si on a un doute sur quelqu'un on peut en parler. (...) Mais aussi, si demain je vois quelqu'un alcoolisé, je vais lui dire je ne peux pas te laisser conduire le camion. C'est pas donné à tout le monde. Ca ne me gène pas de le dire. La démarche j'arrive à la faire. Dans le groupe ressource, certaines personnes ne se sentent pas capables de le faire. La formation a permis de savoir comment faire pour le dire à une personne, mais ce n'est pas facile. Donc on en est là, mais c'est surtout sur le plan juridique, je sais que je suis responsable. On essaie de mettre des actions en place.* »

La question d'ouvrir le dialogue avec les salariés sur les interrelations entre le travail et l'alcool, n'est pas une question de la dirigeante et donc ici du groupe. La question qui

s'impose à la dirigeante est « comment faire encore mieux pour aider et pour cadrer, pour que les membres du groupe prévention soient eux-mêmes irréprochables quand au cadre fixé », celui de l'aide notamment. C'est comme si la responsabilité portait sur l'alcool et sur l'aide et pas sur le travail, sur « soigner l'alcool » et non « soigner le travail ». Les autres membres du groupe ne partagent pas cette vision d'une capacité toujours plus poussée de suivi individuel. Personne ne s'oppose à la dirigeante mais sans entrain. Compte-tenu de ce qu'ils vivent à leur poste au siège et en déplacement avec les chauffeurs, les membres du groupe savent intuitivement que la question de l'alcool et des psychotropes n'est pas soldée.

Au cours des entretiens collectifs, les termes « risque » et « prévention » sont apparus très polysémiques. Ils sont beaucoup utilisés mais personne ne semble vraiment savoir de quoi l'autre parle quand il utilise ces termes et ce sans en avoir vraiment conscience. Chaque membre fait avec la représentation qu'il a de ces réalités et ne repère pas l'impact concret de cette polysémie en terme de production d'objectifs et de méthodes de travail. Les arguments partagés dans les groupes sont ceux prescrits par les guides et les formations en alcoologie, ils sont du coté du réglementaire et du sanitaire : l'idée est de recadrer les déviances et d'aider les malades, il s'agit de garantir le respect des normes de sécurité et des responsabilités. L'approche organisationnelle, quand elle est évoquée pose des questions de responsabilité et de périmètre d'action, elle soulève plus de difficultés au sein du groupe qu'elle n'apporte de réponse, elle est rapidement recouverte par la force du consensus sur le juridique et le sanitaire. Mais cette double logique n'épuise pas les propriétés des usages de psychotropes. Au quotidien ils existent des usages régulés en dehors des règles officielles et en dehors de raisons privées dont les groupes ne se saisissent pas. Le constat est relativement similaire dans les deux groupes alcool de l'entreprise aéroportuaire et dans celle du transport, les usages professionnels régulés sont invisibilisés.

Les trois groupes sont anciens. Nous observons qu'une fois leur fonction de cadrage réglementaire et sanitaire tenue, ils apparaissent animés de contradictions. Les questions qui les agitent et les démotivent (dans l'entreprise aéroportuaire) ou les immobilisent (dans l'entreprise du transport), et que le travail de recherche-action a contribué à faire émerger et à formuler, sont liées à leurs pratiques et aux effets paradoxaux de celles-ci, dans la durée. Nous observons que les activités des groupes alcool sont aux prises avec des logiques et des attentes contradictoires, à l'extérieur d'eux et en leur sein même.

Un des membres d'un groupe de l'entreprise aéroportuaire aborde frontalement ces critiques.

> « *En synthèse, ce qui nous est remonté, c'est qu'il y a eu une certaine déception des managers de ne pas comprendre où est leur ressource, que le groupe Ressource alcool, ils pensaient que c'était des gens ressources qu'ils pouvaient solliciter dans des situations particulières et ils nous annoncent qu'ils n'ont pas compris le sens du message délivré par le groupe. Ils n'ont pas compris pourquoi on s'appelait groupe Ressource.* »

Suspendu dans l'indétermination de son rôle, de sa mission, le groupe est empêché :

> « *On est bloqué, on sait pas à quoi on sert* ». « *On fait du sur place depuis plusieurs années. On ne construit plus rien, on évolue pas et à force on a perdu tout le bénéfice de tout ce qu'on pouvait avoir fait. Les petites formations qu'on a faites aux managers c'était aussi pour arriver à anticiper les choses.* »

Dans cette entreprise, les prescriptions du groupe ont produit des zones de frottements avec les activités réellement mises en œuvre par les opérateurs et les managers et les exigences de cadrage de la direction. Dans cette situation, les activités des groupes se sont déliées :

- Du haut : la direction attend que le groupe soutienne et garantisse la mise en application des règles qu'il a contribué à édicter ;
- Du bas : les opérateurs et les managers qui n'appliquent pas ces règles, ou se sentent démunis face à celles-ci, tout autant que face aux situations de troubles de l'usages de SPA, et qui veulent en discuter la pertinence et la faisabilité, qui veulent compter sur le groupe pour faire avec eux ;
- D'eux-mêmes : nombre de membres du groupe n'appliquent pas eux-mêmes, ou partiellement, les règles prescrites, et/ou souhaiteraient aller du coté de l'analyse des situations professionnelles d'usage de SPA

Les activités se développent en lien avec les missions et les publics qu'ils visent. Nous avons observé qu'ils peuvent travailler comme :

- Fonction de conseil : du coté de l'analyse compréhensive, du diagnostic, de l'intervention dans une équipe, un service
- Fonction de légitimation : des prescriptions (« 0 alcool » par exemple), de l'interdit et de son contrôle

- Fonction de lever le déni et le silence autour des activités réelles, en évoquant des cas concrets au risque d'exposer des personnes, des équipes, des stratégies de défense individuelles et collectives indispensables à l'équilibre santé/travail de certains

Nous observons que cette multiplicité peut devenir source d'impasse ou de blocage. Si le groupe est trop légitimiste (contribue strictement à imposer les règles, « 0 alcool » par exemple), cette dynamique de cadrage peut venir en opposition avec une fonction de conseil, qui nécessite d'abord d'analyser les situations professionnelles d'usages avant de chercher à les cadrer. Une des ergonomes appartenant aux deux groupes racontait combien sa posture de « garante de l'interdiction de l'alcool » liée à sa casquette groupe prévention, devenait intenable pour sa pratique d'ergonome. A ce titre, elle était en effet conduite à faire face à des situations de travail où l'alcool circule encore, caché. Dans ces situations, si elle se mettait en posture de rappeler les règles, elle se couperait durablement de l'accès au travail réel et de son indispensable fonction d'analyse et de conseil. Ces contradictions de fonction et de posture, si elles ne sont pas élucidées, élaborées, peuvent finir par neutraliser la confiance des publics cibles et ruiner toute légitimité du groupe.

L'analyse montre que pour le bon fonctionnement, interne et externe, des groupes alcool ou addiction, la question de leur visée réelle et des logiques retenues et exclues gagneraient a être mieux explicitée. Nous discuterons de ce point dans notre troisième partie.

Les activités de prévention des acteurs du champ de l'addictologie

Au cours des entretiens, nos interlocuteurs du groupe « Monde du travail » observent que l'activité principale des acteurs du champ de l'addictologie en prévention est de l'ordre du discours. Ils constatent aussi que celui se transforme continuellement. Il change avec l'évolution de la psychiatrie, de l'alcoologie, de l'addictologie, celle de la réduction des risques, des traitements de substitution aux opiacés (Tso) et sous l'influence des travaux en sciences du travail et plus généralement en sciences humaines et sociales. Entre la perte de la guerre à la drogue (Hari, 2014), la banalisation de la substitution (Lalande, 2016a), le développement de la médecine d'amélioration (Baertschi, 2009), etc., le compromis sur le paradigme addictologique du coté du sanitaire et du juridique vacille. Et il change aussi beaucoup en fonction des moyens financiers disponibles et des systèmes sociaux leaders.

Le constat est que ces changements ne se font pas de façon harmonieuse et progressive mais de manière conflictuelle entre rapports de forces et paradigmes à renverser. Au cours des

entretiens, nous constatons que les termes de santé de travail, de drogue, de risque et de prévention sont aussi polysémiques et conflictuels entre nos interlocuteurs, et dans leur institution, qu'ils le sont en entreprises et dans les services de santé au travail. La pluridisciplinarité est aussi problématique et inachevée dans le champ de l'addictologie qu'en santé au travail, et en santé publique dominée par la médecine et l'épidémiologie de manière générale (Peretti-Watel, 2004). Les constats des membres du groupe sont que la question du travail est généralement une énigme et un impensé pour les acteurs de l'addictologie, en prévention autant qu'en soin et autant pour eux-mêmes en tant que professionnels. Pour nos interlocuteurs, le discours et les pratiques changent moins vite vis à vis du travail compte-tenu de ces impensés et d'un compromis fort sur la primauté des normes et la responsabilité des travailleurs.

Isabelle, médecin dans un centre de soin et de prévention en addictologie et formée en psychodynamique du travail, témoigne des résistances rencontrées vis à vis de son approche psychodynamique. Elle intervient régulièrement en entreprise. Elle raconte qu'à la demande de son employeur elle est intervenue avec un médecin du travail et une psychologue sur deux temps de formation distincts. La psychologue a désapprouvé l'approche organisationnelle mobilisée par Isabelle et s'en est émue en réunion d'équipe, déplorant la non-utilisation de l'approche « addictologique ».

De leurs cotés, Pauline et Valérie, binôme d'infirmières dans un centre de soin en addictologie au sein d'un centre hospitalier, n'interviennent pas en prévention mais en soin. Elles racontent avoir été sollicitées pour la première fois par la direction de leur hôpital pour mettre en place un groupe de réflexion sur la prévention des addictions auprès du personnel. Lors de la réunion, la direction avait déjà préparé une plaquette de prévention (centrée sur les risques et la réglementation) que le groupe devait diffuser. Pauline et Valérie racontent ne pas avoir pu trouver la place qu'elles pensaient pouvoir construire elles-mêmes, dans la démarche imposée par la direction. Elles observent que cette expérience a aiguisé leur curiosité du coté des logiques et des discours à l'œuvre en prévention en milieu professionnel.

Le constat partagé est que les professionnels de l'addictologie « patinent » sur les questions d'intervention en milieu de travail entre des demandes des employeurs fermés du coté du risque et de la loi et la domination d'une addictologie qui, dès lors qu'il s'agit de milieu professionnel, ignore l'ambivalence des drogues et de son couplage avec le travail pour coller à la logique normative de la gestion. L'analyse montre que, comme pour les groupes alcool ou addiction, la question de la visée réelle de la prévention en milieu professionnel et

des logiques retenues et exclues gagneraient a être mieux explicitée par les acteurs de l'addictologie. Nous voyons ici à quel point, avant toute action corrective, c'est bien l'étape de la définition des cadres théoriques et des dynamiques, individuelles ou organisationnelles, à rechercher et cibler, qui est déterminante. Elle conditionne l'édifice de l'action, des différentes approches à mobiliser et de ses effets.

3.4 Transformations initiées par la recherche

3.4.1 Fonctions et intérêts de la recherche-action clinique sur nos activités et le sens de notre recherche

Au cours de notre étude, la recherche-action a transformé nos connaissances sur le travail, l'usage de drogue, la prévention et leurs interrelations. Bien plus essentiellement que cela, elle a transformé les fondations mêmes de nos connaissances et de nos activités. Une des transformations clefs de cette recherche sur nos activités et sur le sens même de notre travail est notre manière de poser la question de leurs consommations à nos interlocuteurs. C'est en analysant nos questions, en les comparant entre elles, en fonction de nos interlocuteurs et des situations de travail, en comparant ce qu'elles provoquaient comme réactions et comme réponses, que nous avons fini par mieux comprendre notre posture et notre cadre théorique, celui que nous mettions réellement en œuvre. Cette compréhension nous a permis de découvrir de nouvelles connaissances, de mieux construire notre cadre théorique, de mieux tenir nos questions, de découvrir de nouvelles connaissances, etc.

Fondamentalement, en 2011, avec le projet de recherche Prevdrog-pro nous signons un projet que nous ne comprenons pas. Si nous avons écrit une partie du projet, son sens scientifique (la recherche-action) tenait grace aux apports de Dominique Lhuilier et Renaud Crespin. A l'époque, nous savons que ce sens est la part nodale de la recherche mais non encore combien nous en sommes éloignée. Engagée dans le projet, longtemps nous parlons de choses que nous n'avons qu'en partie comprises. Nous nous appuyons sur un cadre technique sans en investir pleinement le sens théorique. Nous parlons « travail réel » et « clinique » tout en continuant à appuyer nos visées, notre écoute et notre pensée sur les notions de

« prévention », de « risque » et « d'opérateur exécutant ». Nous conduisons et étudions nos entretiens avec les yeux de l'expert, en surplomb. Avec les cadres théoriques implicites de la gestion et de la médecine, plus que ceux de la psychologie du travail et de la clinique. Sans nous la formuler, nous entretenons longtemps l'idée que les acteurs principaux de la prévention et de la santé au travail sont les médecins, les préventeurs, les IPRP et non pas les travailleurs. Nous venons rechercher des éléments de connaissances pour améliorer, affiner, l'expertise externe et non pas l'analyse et la transformation interne. Nous visons de produire de nouvelles grilles de lecture théoriques pour les acteurs et les dispositifs de prévention officiels. Nous travaillons dans une dynamique vrillée. Nous cherchons sur les étalages de la psychologie du travail des outils pour la gestion. Plus que vrillée, notre posture est inversée. C'est un peu comme si nous tenons les réponses que nous cherchons sans tenir les questions, le cadre théorique des questions. Mais nous l'ignorons. Quelque chose achoppe mais nous n'en comprenons finalement pas le cœur.

Progressivement, nous observons qu'une de nos activités de recherche n'est pas en place, il s'agit de notre manière de conduire nos entretiens. Ils peuvent être à géométrie variable. Dans certaines situations, nous n'allons pas au bout de nos questions. Au vu de nos axes d'investigations, parfois nous ne posons pas toutes les questions. Parfois l'évitement se construit au fil de la discussion, parfois il se met en place d'emblée. Nous le réalisons généralement à postériori, mais sans l'élaborer, nous conduisant généralement aux mêmes évitements dans des situations similaires. Nous ne maîtrisons pas notre place. Il y a une sorte de distorsion entre notre posture et les questions à poser. Nous n'avons pas encore pleinement investi ni le cadre, ni le sens de notre investigation. Nous sommes à coté, notre centre de gravité intellectuel et émotionnel est à coté. Et nous réalisons que les situations d'évitement se ressemblent toutes : nous ne posons pas facilement la question de leurs usages de psychotropes aux cadres dirigeants et aux médecins.

Un entretien type s'est déroulé avec une cadre dirigeante de l'entreprise aéroportuaire. Cette interlocutrice entre dans l'entretien par l'entremise d'un discours aux contours très normatifs. Nous collons à sa posture. Chacune de nos questions est entendue sur un versant réglementaire ou médicale, et toujours vis à vis des usages de tiers, les salariés. Cette directrice a un avis distancié et plutôt rodé sur le travail, l'alcool, le tabac et les drogues dans son établissement. Les médicaments psychotropes ne semblent pas la préoccuper. Tant qu'un médecin suit la prescription et que la personne peut être mise en arrêt maladie en cas de besoin, il ne doit pas y avoir de problème majeur. Ses propos sont étroitement superposables

aux constats et aux recommandations de la littérature institutionnelle : « l'alcool est interdit, ça clarifie les limites », « chacun d'entre nous sait ce qu'il doit faire et ne doit pas faire », « responsabiliser les managers de proximité », « repérer les situations problématiques », « alerter n'est pas dénoncer », « la convivialité n'a pas besoin d'alcool », etc. Il s'agit, semble-t-il, de ne pas être prise en défaut sur les règles relatives aux drogues dans l'entreprise, sur les personnes devant les respecter et sur celles en charge de les faire respecter. Nous posons les questions et notre interlocutrice dirige l'entretien, indirectement, en se présentant ouverte à certaines questions et pas à d'autres. Le travail réel est difficile d'accès. Sa mission semble être de préserver l'image de l'entreprise et la sienne propre. Nous sommes, pour notre part, en partie à coté des bases de notre recherche. Dans les faits, mais ne l'avons compris que bien plus tard, nous sommes là où nos fondations médico gestionnaires nous conduisent face à un dirigeant, dans un questionnement sur les prescriptions plus que sur le réel.

Ce type d'entretien, rabattu sur une logique médico gestionnaire, nous en avons conduits plusieurs, toujours avec des cadres dirigeants ou des médecins. Au cours de nos terrains, nous nous sommes longtemps positionnée, de manière totalement inconsciente, sur les grilles de lectures traditionnelles : les salariés sont les cibles de la prévention, il s'agit donc de s'intéresser à leurs usages et de les engager eux-mêmes à y réfléchir ; les dirigeants et les médecins sont les acteurs de la prévention, il s'agit donc de comprendre comment ils se positionnent sur les usages des autres, sans nécessairement les interroger sur leurs propres usages. L'étiquetage classique des cadres et des médecins est d'être situés du coté de la prévention, du contrôle de conformité et de la surveillance, en surplomb. Ils n'ont pas l'étiquette consommateur. L'étiquette consommateur est celle des opérateurs. Notre constat, à postériori, est qu'il nous a été plus difficile d'être chercheure auprès des dirigeants et des médecins. Il y a une posture de surplomb qui a été beaucoup plus difficile à interroger pour nous. Il y a quelque chose de notre posture qui butait sur cette vision normative des périmètres de chacun et de la relation. Leurs pratiques ne se discutent généralement pas, encore moins avec des subalternes, sauf pour les personnes qui, quel que soit leur statut, s'engagent facilement dans une posture réflexive. Comme nous n'étions pas assez solide sur notre cadre théorique et méthodologique, il y a longtemps eu une forme d'inégalité de traitement inconscient en fonction de nos interlocuteurs : une même volonté de ne pas nuire, mais pas d'élaboration sur la question de notre cadre et de la domination symbolique ou de l'autorisation symbolique à parler de tout. La situation opposée d'entretien, là où nous nous sentions libre de poser toutes nos questions, était notre travail dans le centre de soin. Par définition, tous nos interlocuteurs, quel que soit leur statut, étaient consommateurs de

psychotropes, plus ou moins dépendants, mais tous en situations de soins. Il y avait, du fait de la situation même, un étiquetage de nos interlocuteurs comme consommateurs.

Cette variabilité était directement liée à la fragilité de notre posture. Les entretiens « événements », au sens de ceux à partir desquels nous avons regardé autrement nos activités et compris progressivement la situation que nous construisions avec nos interlocuteurs, ont été les entretiens avec des cadres avec lesquels, en dehors du centre du soin, le dialogue s'est ouvert facilement sur leurs usages de psychotropes et sur leurs activités de « travailleur » au prise avec la vraie vie. Cette ouverture venait initialement plus d'eux que de nous. Ils étaient près à aller du coté du travail réel et de leurs propres usages plus que nous l'étions d'emblée nous-même. De part leur posture d'ouverture, leur demande d'un dialogue sans limite, ils nous ont autorisée à aller plus loin dans nos questions. Ils ont entendu notre recherche telle qu'elle était et leur posture nous a permis d'ouvrir la nôtre. Le plus souvent ceux sont des personnes qui étaient déjà en réflexivité sur les questions de travail et de santé. Un cadre dirigeant notamment, qui avait été arrêté pour épuisement professionnel l'année précédente, raconte qu'il n'aurait jamais discuté de ces questions avant cet événement

> « *D'une certaine manière, je vous aurais ri au nez. Je suis un ingénieur, pour moi tout est rationnel. Je pensais que les gens doivent se prendre en main, que ça ne tient qu'à nous. Et puis un matin je n'ai pas pu me lever et ça a duré 6 mois. Ma vie s'est retournée depuis* ».

Le récit de son propre déplacement a contribué au nôtre vis à vis de lui et vis à vis de nous-même. A compter de l'analyse de cet entretien, nous nous sommes interrogée sur notre posture. Sans comprendre encore pleinement le sens profond de la fragilité de nos entretiens nous nous sommes recadrée une fois pour toutes. Ce n'est finalement que dans notre travail d'écriture de la thèse que nous avons compris la « racine du mal », notre cadre et nos outils théoriques.

Une des fonctions et un intérêt majeur de la clinique est de nous avoir permis de finir par la comprendre. Sa puissance est qu'elle peut être mobilisée sans être comprise et que ce sont les transformations qu'elle opère, si nous nous y intéressons et si nous les élaborons, qui peuvent nous permettre de la comprendre. A l'échelle de notre recherche, nous avons expérimenté pour nous-même la théorie de la clinique de l'activité de Clot (2008a) qui affirme que c'est en agissant que nous comprenons, pour agir plus intelligiblement encore. Dans notre recherche-action, les questions ont eu leur propre vitalité. Ce n'est initialement pas notre posture qui nous a permis d'aller aussi loin dans notre transformation et dans notre

étude, ce sont nos terrains, le travail clinique et notre réflexivité. Nous posons une question et notre interlocuteur apporte d'une part la matière de sa réponse, et d'autre part, celle de la question suivante. Et la question suivante dépend tout autant de notre posture. Nous sommes co-responsables du dialogue et de son issue.

En arrivant dans cette recherche-action, nous pensions que la question en était la clef, nous l'avons déplacée et dépliée du coté de la notion de posture. Nous l'entendons, comme couplage entre les activités, les visées et le cadre théorique qui les sous-tend, et comme responsabilité. Au cœur de notre problématique, cette notion a fini, mais trop tardivement, par beaucoup nous intéresser. Nous espérons continuer à la travailler au-delà de cette thèse.

3.4.2 Fonctions et intérêts de l'approche clinique sur les activités et le sens du travail de nos interlocuteurs

Au cours de notre recherche-action, nous avons travaillé avec deux temporalités : des entretiens individuels ou collectifs ponctuels, et des entretiens et des activités participantes suivis. Ces propriétés conditionnent conjointement :

1/ l'analyse de l'action de la recherche sur nos interlocuteurs

2/ les fonctions et les intérêts eux-mêmes de l'approche clinique sur les activités et le sens du travail de nos interlocuteurs.

Dans ce classement entre deux grandes conditions de recherche, nous observons une division supplémentaire en fonction de notre posture dans l'échange.

Dans les situations où nous conduisons notre étude avec une posture qui n'est pas pleinement en quête du réel, nous contribuons à mettre progressivement le dialogue dans une impasse. Nous venons de le développer dans le paragraphe précédent, nous avons repéré que ce fut le cas avec des cadres-dirigeants et des médecins. Ce fut aussi le cas, dans une moindre mesure, avec le « groupe alcool » de l'entreprise du transport. La nature de notre posture sur le moment, centrée sur la prescription plus que sur le réel, sur les acteurs officiels plus que sur les sujets travaillants, contribue à empêcher le dialogue. Notre posture et/ou celle de notre interlocuteur dévitalise progressivement le dialogue, elle assèche notre demande et celle de nos interlocuteurs. Les effets directement observables chez les sujets « étudiés », autant que chez nous-même, sont une forme de désintérêt pour ce qui se passe et un doute sur ce qui

pourrait advenir. Les personnes quittent généralement l'entretien avec des formules témoignant de leur contentement si elles ont pu rendre service à la recherche mais, semble-t-il, sans avoir appris grand chose, ni sur elles-mêmes, ni sur notre question. Si des effets différés ont eu lieu, ils nous sont restés invisibles. De notre coté, comme nous l'avons observé précédemment, par frottements avec les dialogues vivants par ailleurs, ces impasses et les doutes associés ont finalement été extrêmement féconds.

Dans les situations où nous conduisons notre étude avec une posture véritablement ouverte au réel et porteuse du cadre théorique et de toutes les visées de notre recherche, le dialogue est une activité vivante, véritablement créatrice. Dans ces conditions, les discussions duraient entre 1h30 à 2h30 et s'arrêtaient par épuisement mutuel. La demande, l'énergie et la capacité d'intérêt des protagonistes s'épuisent dans l'activité du dialogue. Dans ces conditions, d'une manière ou d'une autre, nos interlocuteurs identifient et signifient les fonctions créatrices de sens, de reconnaissance, de savoirs et de mise en mouvement de la clinique. Le dialogue est une ressource pour leur réflexion et la reconnaissance d'eux-mêmes dans cette activité. Au moment de se saluer, une des phrases récurrentes de nos interlocuteurs est souvent « ça fait réfléchir » ou « je vais y réfléchir ». C'est généralement aussi notre propre mouvement interne. Dans le cadre de nos entretiens individuels avec les patients du Centre de soin, nous avons eu des retours positifs de la part les soignants. Les patients évoquaient généralement nos entretiens comme des discussions appréciées et plutôt stimulantes pour eux. Ils ne comprenaient pas toujours en quoi cela faisait science mais en discutant de leur métier, leur travail, leurs drogues, leur fierté, leur drame ou leur souffrance, ils se sentaient vraisemblablement sujets bien vivants de cette rencontre et de leur récit.

Dans le cadre des entretiens suivis et des activités participantes, l'implication active des membres des groupes « addiction » (grande entreprise et Pme du transport) et « Monde du travail » (fédération du champ de l'addictologie) dans l'analyse de leurs activités et dans l'analyse de l'analyse de leurs activités, a permis de révéler des effets, des impasses et des leviers pour celles-ci. Dans la durée, la confrontation des travaux de ces trois groupes avec le réel fait émerger des discussions sur les effets des axes dominants de travail « maladie » et « faute ». La question du « comment aborder les situations professionnels d'usage de drogue » et de « comment analyser les liens entre le travail et les drogues » s'est explicitée à la fois comme centrale en prévention et comme un point de désaccord voire potentiellement de rupture avec les employeurs et les directions.

Pour chacun des deux groupes alcool de la grande entreprise aéroportuaire, la troisième et dernière réunion de travail a été une restitution/discussion des premières analyses issues des deux réunions précédentes (celle en groupe centralisé et celle en groupe local). Une fois nos analyses formulées sous forme d'une présentation d'une quinzaine de minutes. Dans les deux cas, la conclusion saillante formulée par plusieurs membres des groupes a été la nécessité de clôturer l'histoire du groupe tel qu'il existe et de refonder un nouveau projet, non plus basé sur des concepts et une démarche de type « addictologique », mais de type « travail » et « santé ». Le projet pourrait être conduit par les mêmes personnes mais dans une perspective profondément renouvelée. Leur enjeu principal est de retrouver la cohérence et la cohésion des pratiques du groupe. La conclusion est de quitter l'idée d'homogénéiser les pratiques (autour d'une énième formation en addictologie) pour celle de changer de paradigme, de changer les cadres théoriques et méthodologiques de travail. Notre recherche-action leur a permis de comprendre que c'est difficile : dans un groupe hétérogène (métiers et statuts), décrire et discuter le réel des activités et des usages de drogues et de leurs interrelations est « contre-culturel », voir transgressif du point de vue des prérogatives de la direction et/ou des opérationnels ; mais notre recherche leur a aussi permis de comprendre que ce travail d'investigation, construit autour de l'élucidation par les professionnels eux-mêmes de toutes leurs activités réelles en lien avec cette question, organisé par un cadre qui garantisse l'élaboration sans jugement, est possible et extrêmement puissant.

Synthèse des conclusions des membres du groupe addiction de l'entreprise aéroportuaire

Question : « Qu'est-ce qui fait sens pour moi dans les résultats de l'étude ? »

Réponses :

- *Le groupe est en fin de cycle*
- *Les difficultés rencontrées dans le groupe ne sont pas des histoires de « nouveaux arrivants » mais des conflits de logiques et de buts visés*
- *C'est ce qui a marché qui nous conduit à l'impasse où nous sommes*
- *Plutôt que de chercher à relancer le groupe il faut le « reformater », « changer de logiciel »*
- *L'approche biographique et la clinique du travail mobilisées pour clarifier la situation pourraient être nos nouvelles perspectives pour construire la suite*

- *Nos résultats posent des questions qui dépassent le fonctionnement de notre groupe ressource. Ils posent la question du management. Comment faire pour intégrer d'autres perspectives sur la prévention au cœur du travail quotidien ?*

Les conclusions des deux groupes ressource alcool de l'entreprise aéroportuaire (3ème et dernière réunion d'étude)

Du coté de la Pme du transport, le consensus sur la prévention de la « faute » et de la « maladie » n'a pas bougé. En fin de recherche, le groupe reste uni autour des objectifs d'aide aux malades et de production de règles. Ce constat parle plus de la manière avec laquelle nous avons conduit notre travail de recherche que des effets de la recherche sur ce groupe. Dans les faits, la recherche-action a fini dans l'impasse où nous avons contribué à la mettre. Le projet a été matériellement difficile à organiser, faute de disponibilité des membres du groupe, nous avons travaillé une seule fois en groupe complet, une fois en entretien individuel avec chacun des membres et plusieurs fois avec la direction. Nous analysons ce problème de disponibilité en lien avec l'intensification du travail des salariés mais surtout comme une conséquence directe de notre posture dans cette entreprise et du fait que nous ayons été seule à intervenir (nous étions deux, avec Dominique Lhuilier, pour les groupes alcool de l'entreprise aéroportuaire). Sur ce terrain nous n'avons pas su nous dégager seule, et suffisamment tôt, de la perspective médico gestionnaire du travail et des usages de psychotropes. Avec ce groupe alcool, nous ne maîtrisions pas encore suffisamment le cadre de notre recherche-action, sa liberté et sa conflictualité intrinsèque, pour arriver à résister à la posture et aux arguments d'autorité de la dirigeante, France Langlade. A ce problème de posture, tel que nous l'avons précédemment développé, s'est rajoutée une forme d'autocensure personnelle vis-à-vis de Mme Langlade. Elle est, à titre personnel autant que professionnel, très centrée et investie sur la question des addictions. Nous avons collé à sa motivation et à ses attentes. Avec le groupe alcool, nous n'avons pas permis aux discussions de s'émanciper des rapports hiérarchiques et des convictions fortes de Mme Langlade. Faute de posture claire, la composante recherche-action du projet s'est progressivement délitée. Les entretiens et les observations auront été très vivants et bénéfiques pour notre recherche mais aucune dynamique de suivi n'a pu s'engager. Le projet avec cette entreprise s'est conclu par l'intervention de France Langlade et de la directrice administrative et financière de l'entreprise, au congrès que nous avions organisé avec Dominique Lhuilier et Renaud Crespin, les 7 et 8 avril 2014, en clôture du projet Prevdrog-pro (voir annexe 3). Mme Langlade est intervenue dans une des tables rondes.

Pour les membres du groupe « Monde du travail », la quatrième réunion a été une restitution/discussion des premières analyses issues des trois réunions précédentes. La transformation saillante des activités et des visées du groupe a été de déplacer le travail commun d'une visée de production de recommandations (annexe 8) vers celui de la construction d'une analyse, au fil de l'eau, des activités de chaque membre du groupe et de leurs effets réels. L'approche clinique du travail a transformé les postures et la manière de travailler des membres du groupe et a été adoptée pour continuer à le faire ensemble. Le groupe a décidé de partir de l'analyse de ce que chacun fait à son poste de travail, et des effets de cette analyse au retour à leur poste, pour développer une meilleure compréhension de leurs activités et du comment ils pourraient faire mieux, autrement. Cette dynamique s'était enclenchée dès la deuxième réunion. Après la première réunion, Pauline et Valérie, infirmières psychiatriques, avaient décidé de poser la question du travail à leurs patients, question qu'elle n'investiguaient jamais vraiment avant. Les bénéfices de cette question dans leur clinique les ont conduites à ne plus s'en passer et à chercher à mieux la comprendre.

Sous l'effet de la recherche-action, l'objet et la finalité du travail du groupe n'est plus le discours, le compromis et la prescription mais l'activité de chacun, l'analyse et la transformation continue de cette activité et l'étude, à terme, de ce qui pourrait être formalisé et discuté en dehors du groupe, avec les acteurs de la fédération, dans le sens d'une contribution à l'innovation (l'introduction de la question de l'activité et du travail) pour l'intervention en milieu professionnel et pour le soin et la prévention en général.

Synthèse des conclusions des membres du groupe « Monde du travail »

Question : « Qu'est-ce qui fait sens pour moi dans les résultats de nos analyses ? »

Réponses :

- *L'hétérogénéité du groupe (soignants et préventeurs) qui inquiétait en amont du projet, met en évidence la variabilité des questions, des postures et des pratiques et est un atout pour la compréhension et la transformation de notre travail*
- *Les difficultés rencontrées dans le groupe ne sont pas des histoires de niveau d'expertise mais des conflits de logiques et de buts visés*
- *C'est ce que nous pensons bien faire qui nous conduit à l'impasse où chacun de nous se sent vis à vis de la prévention en milieu professionnel*

- *Plutôt que de chercher à produire des préconisations il faut comprendre quels sont réellement nos activités et leurs effets sur les travailleurs, leur travail et leurs drogues*
- *L'approche biographique et la clinique du travail mobilisées pour clarifier la situation seront nos nouvelles perspectives pour construire la suite*
- *Nous nous émancipons des grilles classiques de conduite de projet et de travail de l'addictologie, non en opposition mais en complément de ce qu'elles font par ailleurs*
- *Nos résultats posent des questions qui dépassent le fonctionnement de la prévention en entreprise. Ils posent la question du paradigme addictologique, des questions d'usage de drogue, de santé et de travail. Comment faire pour intégrer d'autres perspectives sur la santé, le travail et l'usage de drogue dans le travail de soin et de prévention en addictologie ?*

Les conclusions du groupe « Monde du travail » de la fédération en addictologie (4ème réunion d'étude)

Conclusion

Notre étude montre que l'usage de psychotropes est un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi qui tout à la fois se régule lui-même et peut constituer une forme de régulation des tensions entre les différentes exigences auxquelles les opérateurs et les encadrants sont confrontés et une forme de compensation face au manque de ressources collectives disponibles (sociales, organisationnelles ou techniques). Elle montre aussi que la prévention classique échoue à connaître et à transformer durablement ce système, aux dépends de la santé des opérateurs (de la production, du management autant que de la prévention).

Nos résultats ne cadrent pas avec les données épidémiologiques, gestionnaires et juridiques qui dominent la littérature scientifique et institutionnelle. Ces dernières présentent le travail et la prévention comme l'exécution et la conformité à des prescriptions et les usages de drogues comme une maladie ou des facteurs de risque à éviter. L'écart entre ces données et celles de notre recherche, et celles de nombreuses études compréhensives avant la nôtre, montre que prendre la question par un biais réducteur et segmenté ne semble pas la meilleure voie pour connaître ce qui se passe sur ces questions, ni pour agir dessus. L'activité de travail et l'usage de drogues demeurent, séparément et conjointement, irréductibles à une vision positiviste.

Troisième partie :
Discussion et perspectives

Cette troisième partie, discussion et perspective, vise à mettre en lumière les grands processus identifiés dans notre étude (notre revue de littérature et nos terrains), et à les articuler avec le cadre théorique que nous avons mobilisé. Elle se compose de deux grands chapitres.

Dans un premier temps, nous revenons sur les résultats issus de notre recherche portant sur les usages de psychotropes comme système social régulé et sur leurs interrelations fonctionnelles avec le travail. Nous tenterons de mettre ces données en perspective avec les apports des sciences compréhensives et de la psychologie du travail sur les drogues, l'activité et la santé. Nous regarderons en quoi nos résultats éclairent, voire prolongent, ce cadre théorique. Nous reviendrons sur les questions soulevées tout au long de notre élaboration théorique pour tenter d'y répondre. Nous voudrions notamment approfondir la question du travail « normal » comme système institué de fortes tensions et de réification des travailleurs et celle de l'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi pour y faire face. Nous discuterons des usages fonctionnels de drogues pour travailler, ce que nous proposons d'appeler leurs fonctions professionnelles. Nous reviendrons ensuite sur les stratégies de santé des travailleurs, les ruses et les faux-semblants, les stratégies de défense et celle de l'hyperactivité et de la surcompensation. Nous discuterons du recours stratégique aux drogues comme une forme de renormalisation invisible de soi, efficace mais produisant aussi ses propres tensions, ses limites et ses impasses.

Dans un deuxième chapitre, nous reviendrons sur les résultats portant sur la prévention officielle des addictions au cœur de la prévention des risques et de la santé pour tenter de les mettre en perspective avec notre cadre théorique. Il s'agit de voir ce que nos résultats apportent à ce cadre. Nous voudrions approfondir la question des activités de prévention et de leurs effets sur le travail, la santé et sur l'usage de psychotropes des travailleurs. Au terme de cette discussion, nous présenterons aussi quelle a été la spécificité de la clinique du travail mise en œuvre et de ses effets au cours de la recherche-action et en quoi elle a apporté des matériaux différents.

Chapitre 1. L'usage de psychotropes comme système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi

1.1 L'usage de psychotrope : des activités, des effets, des expertises et des systèmes sociaux

Notre étude montre que l'usage de psychotropes des professionnels, quels que soient les produits utilisés, peut être compris comme un ensemble rationalisé, individuellement ou collectivement, d'activités et d'effets recherchés et ressentis et avec aussi la possibilité d'effets indésirables. Nos résultats s'inscrivent dans la définition compréhensive de la drogue, comme remède et poison, et de ses utilisations comme pratiques sociales et fonctionnelles. Au cœur de cette dynamique subjective autant que sociale, nos résultats montrent que les sujets développent des apprentissages et progressivement une expertise, des savoirs fonctionnels et métafonctionnels précis sur leurs modalités de consommation, adaptables en fonction des situations. Ils organisent des conditions d'utilisation mesurées qui leur permettent de remplir les fonctions ciblées et d'en maîtriser les risques (Morel, 2015 ; Lalande, 2016 ; Coppel, 2002 ; Collin, 2008). Du point de vue de l'expérience individuelle, nous observons que les usages de produits psychoactifs sont davantage liés à la notion de bien-être qu'à celle de risque ou de trouble (Hautefeuille, 2009 ; Taieb, 2011). C'est ici l'expérience, complexe, ambivalente et multifonctionnelle, qui nous paraît centrale, non le trouble. Le trouble est possible mais c'est la notion d'arbitrage, d'équilibre bénéfices/risques en faveur du plaisir, du gain et de la ressource que nous observons comme centrale et comme utile à l'investigation et à une meilleure compréhension de l'usage de drogue.

Nous observons que cette régulation ne se réduit pas au couple sujet-produit mais est éminemment organisationnelle et sociale. Les résultats de notre étude de terrain, en cohérence avec notre première grande partie, montrent que la référence exclusive aux propriétés neurophysiologiques et au pouvoir neurochimique des drogues ne permet d'éclairer ni l'ensemble des déterminants des usages de psychotropes, ni leur dangerosité. La référence aux caractéristiques internes du consommateur, à son expertise ou aux fonctions des produits dans

son économie psychique, physique et sociale, ne solde pas davantage cette question. Nous comprenons les propriétés, bénéfiques ou indésirables, des usages des psychotropes en observant l'usage de psychotropes comme un système social. Ce que font les drogues aux sujets et à leur travail est directement lié à ce que font les acteurs du système de consommation, de soin et de travail sur les travailleurs consommateurs et sur leur travail. Au quotidien, compte-tenu des chiffres sur les usages de psychotropes des professionnels (Ofdt, 2013 ; Beck et coll., 2015) et des moindres accidents impliquant ces mêmes produits observés sur nos terrains, nous pouvons penser que le système social de travail régule plutôt efficacement les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues (même quand elles sont officiellement interdites). Pour nous, la prévention est au cœur même de l'usage, dans ses dynamiques de régulations.

Nos travaux montrent aussi que, dans certaines situations, les régulations personnelles et sociales ne permettent pas, ou ne permettent plus, aux usages de drogue d'être satisfaisants et bénéfiques. Leurs propriétés et leurs effets deviennent trop indésirables pour le sujet et/ou ses différents systèmes sociaux. Ils impliquent trop d'inconvénients, de tensions, de manquements ou de dommages. Plutôt que d'étudier ces dynamiques comme une maladie ou un trouble, notre étude montre qu'elles peuvent être regardées comme des processus de déséquilibre et de dérèglement. Ainsi observées, ces situations mettent à jour des tensions, internes et externes aux sujets, qui n'arrivent plus à se régler. Elles nous apprennent que, paradoxalement, par rapport au compromis social qui définit la gravité des usages de drogues en fonction du type de produit utilisé, de la quantité consommée et du métier, ce n'est pas la quantification par rapport aux substances qui est déterminante du point de vue de la santé ou de la sécurité, c'est le rôle que ce comportement prend dans l'économie psychique de la personne en relation avec son environnement (Boscher et Cerclé, 2004 ; Ehrenberg, 1999). Cette dangerosité perçue peut renvoyer au sujet et à son/ses produit(s) : inaptitude partielle ou totale à la fonction ou au poste, mais pas uniquement. Notre étude montre que, même dans l'alcoolisme ou la toxicomanie par exemple, se jouent toujours aussi d'autres dynamiques plus collectives, notamment celles des éventuelles fonctions pour travailler ou se remettre de son travail, de ses usages. Ces dimensions pourraient être celles à mobiliser pour supprimer quelques unes des limites à la régulation et revenir à un usage mieux régulé.

Pour rendre compte de la centralité de l'activité et de la régulation, subjective et sociale, observées dans la consommation de drogue, nous proposons de dépasser les notions

d'addiction, d'usage et de trouble de l'usage, pour celles « d'usage régulé » (ou réglé) : un usage bénéfique ou satisfaisant de psychotrope dépourvu d'effets vécus subjectivement ou socialement comme trop indésirables ; et « d'usage dégradé » : des usages qui rencontrent les limites de leur régulation (subjectives, organisationnelles et/ou sociales). Nous proposons de passer d'une perspective de prévention externe à une logique de régulation interne.

1.2 Les fonctions professionnelles du recours aux psychotropes

Comme nous l'avons étudié dans notre cadre théorique, Leplat (2006) insiste sur la centralité de l'idée de fonction pour définir l'action. Dans les activités de consommation comme celles de travail, la régulation associée porte les intentions de l'action. Elle prend en charge les effets des consommations pour les réintroduire dans les logiques poursuivies. Chez les travailleurs usagers de psychotropes, notre hypothèse théorique est que cette dynamique fonctionnelle favorise les finalités du travail réel (productif, compétitif, protecteur, développemental, etc.) et de la santé à la stabilité des chemins empruntés, et des manières de faire, pour les atteindre. Par ailleurs Leplat (2006) parle aussi de la régulation comme d'un « phénomène de vicariance qui marque la possibilité d'obtenir le même effet par des voies différentes ». Cette propriété permet à l'opérateur de mobiliser et de développer un réseau de ressources et de buts afin de suppléer la résistance du réel et d'assurer les différents défis de son travail. Dans une situation donnée, cet arbitrage oppose parfois normes de sécurité et perception subjective de l'action adaptée à conduire. Cette alternative personnelle (individuelle ou collective) peut être une violation de la règle sans être une violation de la sécurité effective, bien au contraire, en l'assurant mieux encore que ne l'aurait fait l'application de la règle (Amalberti, 1996).

En croisant notre analyse relative à l'usage de drogue comme action subjective fonctionnelle avec les activités de consommation, le rôle de l'organisation du travail dans le recours à ces produits et les stratégies de santé des travailleurs, cet « art » de préservation et de reconnaissance de soi construit au croisement des activités, des savoirs et de l'« intelligence pratique et rusée », nous sommes en mesure de proposer un essai de typologie de ce que nous appellerons les « fonctions professionnelles » de l'usage de psychotropes. Cette catégorisation permet de mettre à jour l'existence d'interrelations entre les différentes

composantes du travail et les drogues, de type régulation des tensions et renormalisation de soi. Ces fonctions permettent de comprendre comment certaines situations de travail créent des tensions qui agissent sur les personnes et rendent nécessaire l'utilisation d'un « adjuvant chimique de l'action » (Ehrenberg, 1995, 127-128). Ce faisant, de notre point de vue, l'intérêt spécifique de l'éclairage de ces fonctions est de rendre visible et de s'intéresser, peut-être, à toutes les situations de souffrances, d'usure physique ou mentale, qui n'apparaissent nulle part, soigneusement masquées sous l'effet de ces adjuvants trop rarement questionnés dans leur sens professionnel (Crespin, Lhuilier et Lutz, 2015).

Tableau des fonctions professionnelles des usages de psychotropes (médicaments psychotropes, alcool, drogues et tabac)
1- Anesthésier pour tenir physiquement et psychiquement : calmer la fatigue, la peur, l'ennui, la douleur, l'angoisse, la pensée.
2- Stimuler, euphoriser, désinhiber : rester éveillé, enchaîner, « assurer », « faire le travail », « se mobiliser », améliorer, optimiser ses capacités mentales et physiques et ses résultats, au regard des exigences du travail
3- Récupérer : dormir, lâcher prise, se détendre, « redescendre » après des activités intenses, « effet de sas », « décompresser »
4- Intégrer, insérer, entretenir les liens professionnels : stratégies de présentation de soi et de reconnaissance par le groupe professionnel, entretenir la convivialité, la coopération et la solidarité, manifester l'appartenance

Extrait de : CRESPIN R., LHUILIER D., LUTZ G., 2015/3. « Les fonctions ambivalentes de l'alcool en milieu de travail : bon objet et mauvais objet ». Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale (N°107), p. 389

Tableau 13 : Tableau des fonctions professionnelles des usages de psychotropes

Notre étude montre que la mise en perspective par les acteurs eux-mêmes, de leurs usages de drogues du côté de leur matérialité, de leur sens, de leurs interrelations avec le travail, permet de les regarder comme une activité dotée de rationalité interne et non plus seulement comme un artefact ou une importation externe d'ordre privé. Il s'agit d'analyser les liens entre l'organisation du travail et les consommations en s'intéressant aux raisons et aux motivations énoncées par les sujets. Notre étude montre que ce rapport fonctionnel entre le

travail et les usages de drogues répond à « comment travailler malgré tout », parfois en dehors des normes de travail et de santé, pour paradoxalement continuer à être responsable (au sens de « répondre de ») de ses obligations de travail et de santé. Les fonctions professionnelles des usages de psychotropes renégocient l'insoutenable en tenable ce qui n'est pas pour autant sans conséquence. Elles concilient ce que Kaës appelle « les conflits entre des tendances opposées : conserver son statut social et son estime de soi, assurer la reconnaissance de sa capacité performante et satisfaire l'exigence d'être en accord avec son rythme propre » (Kaës, 2012). Faute de pouvoir agir sur leurs activités et leurs conditions de travail par « l'imagination, la ruse, la sublimation » (Molinier et Flottes, 2012), consommer des drogues est parfois une mise en place « d'agirs » de défense et « d'agirs » d'adaptation de soi. Dans Malaise dans la culture, Freud faisait état du recours, en forme d'impasse, aux satisfactions substitutives, aux stupéfiants. Ce recours s'est généralisé, et de « nouveaux cercles paradoxaux se mettent en place dans une circularité diabolique » (Kaës, 2012) : utiliser les drogues pour éliminer les tensions, les souffrances, les peurs en lien avec le travail, repousser les limites de ses souffrances, « surchauffer l'excitation, l'excitabilité, reculer les limites du temps, contrer les rythmes imposés en se les infligeant » (Kaës, 2012). Nous restons confrontés à des paradoxes, les usages aident à faire malgré tout et ils contribuent à s'user plus vite. Notre recherche montre qu'il ne persiste d'incohérences à consommer en lien avec le travail que si nous restons incapables de démasquer les logiques à l'œuvre dans les pratiques de production, de direction, de consommation et de prévention.

1.3 Usage de psychotropes : ressource et poison de l'adaptation

Nos différentes mises en rapport, du point de vue des acteurs eux-mêmes, entre consommations et organisation du travail permettent de caractériser non seulement les relations que les sujets entretiennent aux substances et à leurs activités professionnelles mais également aux nouages entre des usages et des activités professionnelles. Ces relations nous apparaissent être des données explicatives de premier ordre, tant du point de vue de ce que vivent les professionnels au cœur de leurs usages, que de ce qu'ils vivent au cœur de leur travail. Comme nous l'avons largement observé dans notre étude « travailler » signifie

aujourd'hui, en grande partie, développer des activités dans le cadre d'organisations du travail en hautes tensions. Rappelons ici le système de normes/tensions que nous proposons pour caractériser le travail « normal » contemporain sous l'emprise de la gestion.

Caractéristiques de la gestion contemporaine du travail	
Normes	**Tensions**
Flexibilité	Précarisation, souffrance, isolement
Qualité totale (normalisation totale)	Déni collectif (falsification du réel), souffrance, défense
Intensification	Hyperactivité, souffrance, défense, maladies
Autonomie (Individualisation des responsabilités)	Souffrance au travail, précarisation, isolement
Gestion par les compétences	Isolement, émiettement des collectifs

Tableau 12 : Les caractéristiques de la gestion : normes et tensions interreliées

Du point de vue de notre cadre théorique, la performance n'est pas réductible aux bénéfices du travail pour le donneur d'ordre ou pour l'opérateur. Elle inclut les processus de conflits et de compromis, les coûts humains cachés (fatigue, stress, précarité, autocensure, usure, soins divers, etc.), autant que leurs résultantes. L'étude montre que les produits psychoactifs peuvent être là pour aider les travailleurs à se conformer aux exigences des organisations. Quand la question de diminuer les usages se pose, notre recherche indique qu'il faut aussi aller investiguer l'organisation du travail. Tout particulièrement en période de crise et de sous-emploi de masse, les activités professionnelles interagissent avec l'expérience du sujet et son éventuelle peur du chômage, avec l'ensemble de sa vie hors travail. Ce que nous faisons à notre poste interagit avec ce que nous faisons en dehors. Définir le travail impose de ne pas faire l'impasse sur le travailleur et d'objectiver ces « usages de soi » (Schwartz, 2008), leurs « lois » subjectives et sociales sous-jacentes, au moins autant que d'en analyser les règles juridiques et techniques et les conditions matérielles. Notre étude montre que produire des organisations du travail sans limite pour des hommes, par définition limités et mortels, produit les conditions pour qu'ils multiplient les dépenses d'eux-mêmes et s'oublient dans ce processus. Dans ce contexte, le recours aux remèdes de l'effort et de la récupération, est une aubaine. Le travail tel que nous l'avons étudié, est basé sur la logique de la tension, de la

conformité et du sous-emploi massif. La gestion contemporaine se nourrit du sous-emploi. La santé, pour sa part, est une logique de la régulation, de la renormalisation. La tension est utile mais si elle est constante et « non réglable », elle est intenable. Notre étude (tableau 12) montre que la santé n'est pas un des centres de gravité de la gestion contemporaine. Ce sont la productivité et les tensions associées. La centralité de la tension est au cœur du travail prescrit et dans la prévention prescrite. Elle l'est d'autant plus qu'aux normes de flexibilité, d'intensification, d'autonomie, etc. qui organisent les activités de production se rajoute une norme de management : la conformité.

La conformité est la norme qui organise les activités de contrôle, de cadrage et d'obéissance aux normes. Elle verrouille le couplage des prescriptions précédentes (tableau 12) (et de l'ensemble des tensions associées) avec les opérateurs, ampute la santé de ses renormalisations vitales et repousse les limites de l'application du droit. Dans ces contextes de travail, les résultats de notre étude analysent les activités et les régulations du travail et de la santé. Ils rendent visibles tous les effets, antalgiques, antidépresseurs, anxiolytiques ou hypnotiques des drogues recherchés par les sujets pour conduire leur travail avec les moyens qu'on leur donne. Ils exposent aussi toutes les « stratégies de contrôle de l'information sociale » (Goffman, 1989, p.83) pour rester conforme aux principes de « esprit sain et corps sain » prônés par les normes sociales contemporaines et la prévention officielle, et maintenir cachés les usages stigmatisants de drogues (alcoolisme, consommations de drogues illicites, traitements de substitution) ou les fragilités de santé « importunes » (Goffman, 1989). Consommer des drogues pour travailler et travailler à cacher ces consommations (les siennes et celles des autres parfois) pointe une mise en tension très forte entre normes du travail, conformité et risque de relégation pour les travailleurs.

Notre étude montre aussi que l'obligation officielle de conformité (et son impact sur la santé) est plus ou moins modulée dans sa mise en œuvre par l'entremise du management effectif. Nous observons que si la performance visée par l'encadrement est réduite à l'atteinte des objectifs productifs amputée d'une prise en compte des résistances du réel et de la santé des opérateurs, les usages défensifs de psychotropes sont favorisés. Pour les opérateurs, il s'agit de s'adapter et d'oublier ou de créer des liens sociaux qui permettent de faire face à la rigidité du travail et au non-répondant, intentionnel ou non, du management. Dans les situations où le management cherche à réguler la situation plus qu'à imposer une conformité, avec une posture responsable, qui « répond de la situation », nous observons dans des dynamiques de fiabilité qui peuvent inclure des usages de psychotropes, parfois illicites, mais en assurent la régulation. Là où la gestion « totale » rigidifie et déshumanise le travail, notre

étude montre que ce management par la renormalisation peut produire une situation de travail plus sûre et surtout plus durable, que la stricte conformité aux règles de sécurité (Reason, 1993 ; Leplat, 1985 ; Almaberti, 1996 ; Cambon de Lavalette et Neboît, 1996). Nos constats complexifient et humanisent le sens de la non conformité. Nous observons aussi un troisième type de management, de type « faux-semblant », faussement régulateur. Il connaît les remaniements des normes par les opérateurs et ferme délibérément les yeux dessus, sans garantir son soutien. En cas de problème, les opérateurs restent individuellement responsables de la situation collective.

Notre étude montre qu'en dehors du management « régulateur » que nous observons sur nos terrains comme le moins fréquent, surtout dans les hautes sphères de direction (vis à vis de la production), le couplage de la conformité avec les autres normes totales du travail (flexibilité, intensification, compétences, etc.) organise une domination instrumentale sur les opérateurs et les acculent à l'insoutenable, physiquement et psychiquement. Du point de vue des ergodisciplines, les conséquences de cette réification sont extrêmement préoccupantes. Inspiré de la pensée de Simone Veil, le constat philosophique et politique de Robert Chenavier (2007) sur cette forme de régulation sociale est alarmant

> « *On tient là les causes de l'oppression. La transformation de la science (par les signes), celle du travail (par les machines) et celle du social (par l'argent, la bureaucratie, le totalitarisme), sont « trois aspects d'un seul et même problème » (Lettre à Robert Guihéneuf, Cahiers Simone Weil, mars-juin 1998, p. 15), celui de la dépossession totale de l'individu pensant par un processus matériel et collectif qui imite la coordination par l'esprit.* » (p.36)

Nous assistons à un déplacement normatif du côté de l'adaptation sans limite des activités et des ressources individuelles. Dans le cadre de notre étude, nous pensons que le recours des professionnels aux psychotropes s'inscrit dans une stratégie de défense au titre d'une renormalisation efficace et invisible des ressources du travail. Au fur et à mesure des situations vécues, les opérateurs développent des formes adaptées et reproductibles d'activités fonctionnelles pour mieux maîtriser les effets du travail et pour conserver leur pouvoir d'agir (Davezies, 1991 ; Felio, 2015). La drogue permet de se renormaliser soi-même sans avoir à renormaliser le travail, idéal dans un système de normes « totales ». Cette renormalisation n'est pas toujours mal vécue. Couplée à une rétribution individuelle des performances et compte-tenu de son efficacité, elle peut rendre les travailleurs toujours plus passionnés et ambitieux, au risque d'un travail réel sans limite et d'une « surdépense ». Les drogues sont les

alliés puissants de l'hyperadaptation, de l'hyperactivité et de la surcompensation chroniques. Mais, comme ces stratégies d'adaptation, elles sont aussi les alliés puissants de l'oppression, d'un travail sans l'homme (Clot, 2008b). Dans cette dynamique fonctionnelle, notre revue de littérature observe la récurrence de l'idée de « conduite dopante » ou de « dopage au quotidien » comme un couplage de type « prothèse chimique » entre un sujet, son produit et son environnement. Dans le cadre de notre recherche nous ne retenons pas cette notion, de notre point de vue trop individualisante, la notion d'environnement étant prise dans un sens de contexte, de modalités, et pas de monde sociale intérieur, dimension de la vie même (au sens de Canguilhem). Nous privilégions l'idée générale d'usage sociale et fonctionnel de drogues ou de « fonctions professionnelles » qui nous semblent rendre mieux compte des consommations comme un système d'activités, de visées et de régulations (subjectives, organisationnelles et sociales) incertaines. Nous privilégions les notions d'usage et d'activité, à celles de conduite et de dopage, pour la centralité de la subjectivité et de la conflictualité du travail, de la santé et du recours aux drogues qu'elles portent.

Chapitre 2. La prévention officielle : un système d'action au service de la gestion

2.1 Des rapports de force qui usent la santé des travailleurs

Notre étude montre que les perspectives gestionnaires prônent une désarticulation entre les comportements individuels, les risques et l'organisation du travail et de la prévention (Omnès et Pitty, 2009). Dissocier les conduites des individus de la situation de travail empêche la mise en relation de l'organisation avec les pathologies physiques et mentales des travailleurs, avec les erreurs ou les accidents. L'enjeu est juridique et financier. Il s'agit d'orienter l'imputation des responsabilités, de l'obligation de prévention et de réparation, du côté des individus (Omnès et Pitty, 2009). Dans les pratiques observées, l'individualisation des usages de drogue et des risques engage l'entreprise dans une prévention qui cible les opérateurs et leur couplage avec la tâche (Giga, Noblet, Faragher et Cooper, 2003 ; Pauly et Viers, 2008 ; Vézina, Bourbonnais, Brisson et Trudel, 2004). Elle promeut les compétences individuelles d'abstinence, de santé et de sécurité. Elle fournit les boissons non alcoolisées, les tests de dépistage et les équipements individuels de protection. Elle organise la sélection et l'utilisation de règles et de normes scientifiques (épidémiologiques, sécuritaires, etc.), et en contrôle le respect. Elle analyse et sanctionne éventuellement, les incidents et les violations de la sécurité (telle qu'elle est prescrite). Mises en œuvre avec la participation des salariés, ces actions sont élaborés et conduites par des experts, internes ou externes (formateurs, ingénieurs sécurité, encadrants, etc.) qui tiennent peu compte de leurs points de vue (Favaro, 2006; Grosjean, 2009; Lhuilier, 2009). Nous avons observé que dans la logique de l'approche « experte », l'accent est mis sur les normes plus que sur la transformation de la situation (Davezies, 1996). La centralité de la prévention n'est alors pas la recherche du sens des difficultés ou des écarts à la prescription du point de vue des travailleurs et de leurs activités, mais celle de chercher à les conformer aux préconisations (médicales, gestionnaires, sécuritaires, etc.). La conformité des opérateurs et de leurs actions est contrôlée à leur poste mais, par définition, la nature des interactions réelles entre toutes ces formations, démarches

et procédures, le travail réel, la santé et la sécurité, échappe à ces contrôles. Notre constat est que, sous la pression de la peur du chômage ou de la disqualification professionnelle, peu de salariés ou de syndicats s'opposent à ces procédés : l'individualisation des risques, l'inflation de normes et de procédures coupées du réel, de contrôle individuels, etc., ou à leurs conséquences.

Notre étude constate que « La santé au travail est prise en tension entre deux grands pôles : la santé des travailleurs et l'économie de l'entreprise, pensée aujourd'hui comme une rentabilité à court terme. (…) Les préoccupations majoritairement exprimées dans les entreprises sont d'ordre économique. » (Davezies, 1996). Pour Davezies, les contraintes économiques sont instrumentalisées autant par les employeurs que par les agents pour ne pas bousculer le compromis sur la prévention. Mais comme le souligne Dejours (2004), et comme nous l'avons observé notamment dans les groupes de prévention alcool et dans les entretiens individuels, le compromis social n'est synonyme ni d'égalité, ni de justice. Il insiste sur la profonde asymétrie dans les relations de subordination et sur ses conséquences sur la santé des salariés

> « *L'inégalité des partenaires dans le contrat de travail, en tant qu'elle résulte des rapports de domination, permet de contraindre le salarié, et c'est cela même qui constitue la cause principale de la surcharge de travail.* »

Omnès et ses collaborateurs montrent que, depuis l'ère industrielle, les dirigeants contrôlent étroitement l'information sur les nuisances et les dommages liés aux activités et aux conditions de travail dans leurs établissements. D'après Omnès (2011)

> « *Les employeurs centralisent, produisent ou masquent l'information sur le risque comme un outil de pouvoir parmi d'autres. Elle peut faire l'objet d'une rétention ou d'une circulation organisée, pour freiner l'intervention législative ou pour devancer la loi afin de mieux la négocier.* »

Notre étude de terrains observe les mêmes dynamiques. Elle montre aussi que, parallèlement à une forme de prise de pouvoir des employeurs sur les questions de santé des travailleurs, le constat est que la pluridisciplinarité motivée par un compromis scientifique et politique international (OIT et Union européenne) souffre en France d'un jeu d'acteurs (institutions, enseignants-chercheurs et praticiens) aux pouvoirs très inégaux. Dans les équipes de santé au travail et d'addictologie, rencontrées, la rhétorique médicale s'autoréférence pour réfuter le principe de la centralité du travail et de la complémentarité des autorités professionnelles (ergonome, psychologue, infirmier, médecin). Compte-tenu de son pouvoir sur la santé face

aux sciences humaines et sociales, le conflit de logiques est très asymétrique, dans la recherche et dans les entreprises. La résistance de la médecine nous apparaît moins déontologique qu'idéologique, au sens donné par Georges Canguilhem. Pour ce philosophe, l'idéologie peut se fonder sur la science et la clinique mais en diffère par ses visées. Quand un médecin du travail affirme qu'il est le premier acteur de la prévention, le seul recours pour qu'un salarié parle librement de son travail, l'argumentaire nous paraît être : « un moyen de protection et de défense d'une situation, c'est-à-dire d'un système de rapports des hommes entre eux et des hommes aux choses » (Canguilhem, 1977) plus qu'une vérité première. Notre étude sur les activités de prévention montrent que la centralité de la pathologie et des médecins dans la santé au travail, aux dépends de celle du travail et des « ergodisciplines » (Daniellou, 2015), permet trop peu d'améliorer l'intégrité et les libertés individuelles des travailleurs, et le sens de leur usages de drogues. Les travaux de Canguilhem (1977) nous permettent d'observer que la centralité médicale contribue à protéger et défendre trois systèmes de rapports sociaux complémentaires :

1) Les sciences médicales priment sur les sciences humaines et sociales
2) Les activités sont du côté du risque plutôt que de la santé
3) Les savoirs des médecins du travail priment sur ceux des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et sur ceux des opérateurs

Dans le cadre de cet équilibre des pouvoirs et des pratiques du côté des normes médico-légales, nous observons un « hygiénisme » (Clot, 2008) et une « psychologisation » du travail (Clot, 2010). Par psychologisation nous entendons, non pas la prise en compte de la subjectivité développée dans l'activité, mais un appauvrissement de l'analyse du côté des caractéristiques individuelles préexistantes à la situation de travail. Elle « consiste à méconnaître les contraintes de la domination, des rapports sociaux de travail et de genre » (Dejours, 2004). Cette vision organiciste et instrumentale de l'homme sont autant de « rabattements infligés à la subjectivité » (Canguilhem dans Billiard, 2011) du côté de la physiologie (neurobiologie, médecine cérébrale, etc.) et de la psychopathologie (personnalités, pathologies, etc.). Les raisons de cette double dérive observée, illusion de pluridisciplinarité, réactualisation de l'hygiénisme de la fin du XIXème-début du début du XXème siècle, occultation des fonctions psychologiques du travail, apparaissent multiples. Historiquement, comme le souligne Philippe Davezies : « Le médecin a été formé à apporter des réponses or ceux sont des questions qu'il faut apporter en prévention. Ces réponses sont construites a priori, sur un modèle théorique conscient ou non et/ou sur des préjugés »

(Davezies, 1996). Les questions rééquilibrent les rapports de savoir. Elles permettent d'introduire et d'articuler les savoirs des travailleurs avec les savoirs médicaux et de rétablir une analyse en prise avec le réel. Historiquement encore, la dérive médico-centrée s'est longtemps nichée dans des alliances invisibles entre médecins et employeurs, les premiers faisant autorité sur la santé et les seconds sur le travail (Omnès et Pitty, 2009). Pour la prévention des usages de drogues, nous observons que le « repérage précoce et l'intervention brève », par exemple, créent les conditions d'un dialogue ouvert mais masque doublement le travail. Elle individualise l'analyse du coté du couple sujet-produit et entérine que la discussion doit se construire du coté du privé en dehors du travail. Le constat général de notre étude est que le médecin du travail est l'acteur institutionnellement désigné pour ouvrir le dialogue sur les interrelations entre les tensions du travail et les psychotropes, mais elle montre aussi que c'est rarement ce qui se passe.

Aujourd'hui, en plus du déséquilibre des rapports des savoirs entre médecins et travailleurs, de cette pathologisation de la question du travail et des usages de drogues, nous observons une remise en cause progressive de l'équilibre des pouvoirs entre médecins et employeurs. Notre étude montre que le patronat, à la faveur des groupes de prévention ou d'injonctions plus directes (obligation de faire des tests de dépistage de drogues), tente de déstabiliser à son avantage le compromis entre pouvoir médical et pouvoir de direction (Davezies, 2010 ; Omnès et Pitty, 2009). Entre autres stratégies, une forme de campagne nationale est organisée pour dissuader les médecins d'établir des liens entre travail et pathologies des salariés. Ils s'exposent désormais à des procédures disciplinaires de la part de l'Ordre des médecins à la demande (Davezies et Torres, 2015). Sur nos terrains, de manière sous-jacente ou explicite nous observons des employeurs qui, conjointement au fait de ne pas analyser les dimensions organisationnelles des usages de drogues, empêchent les équipes médicales du travail de le faire. Mis en perspective avec nos résultats, il semble urgent que les médecins sortent de tout réflexes idéologiques, moraux ou hygiénistes et s'approprient pleinement la question de la santé et des usages de drogue, du coté des travailleurs.

2.2 Prévenir les addictions dans les entreprises : individualiser les responsabilités

Notre terrain de recherche montre que les employeurs n'engagent pas d'analyse organisationnelle des usages de psychotropes. Dans les entreprises, rares sont les tableaux de bord qui objectivent les ressources physiques, émotionnelles, psychosociales et les nombreuses béquilles chimiques mobilisées par les sujets pour tenir ensemble tous les défis du travail et de la santé et les normes de l'organisation du travail. Rares sont les analyses et les traces officielles portant sur les usages de psychotropes comme ressource pour la préservation et la reconnaissance de soi au travail, le rôle de l'organisation du travail et des méthodes de management. Toutes ces dynamiques observées dans nos différents terrains d'étude et dans nombre de recherches antérieures sont rendues invisibles dans les entreprises. Nous l'avons vu, l'approche du travail et des usages de drogues est centrée sur les normes sanitaires et réglementaires, au cœur d'un compromis social fort entre addictologues, employeurs, salariés, juristes, médecins du travail et pouvoirs publics. L'analyse exhaustive des recommandations produites par ces institutions en matière de « pratiques addictives et milieu professionnel », nous a conduit à observer qu'elles mobilisent très peu le recours au dialogue ouvert sur les remaniements du travail réel et sur les stratégies de santé des opérateurs pour analyser les usages de drogues. Dans le cadre de notre recherche-action, nous avons observé des activités de prévention souvent déliées des activités de production, des demandes formulées par les travailleurs. Elles se résument généralement à l'organisation de l'assistance aux malades et au recadrage des obligations et des rôles des travailleurs, les fonctions et les règlements. Une partie des systèmes sociaux de consommation des psychotropes et de régulation tels que nous les avons observés, étroitement maillés avec l'évolution des prescriptions et des tensions du travail, est maintenue dans l'ombre. Les dynamiques collectives des usages de drogue sont délibérément maintenues hors de portée de la prévention officielle et de ses traces. A moyen terme cette désarticulation de la prévention et du travail quotidien de prévention faite en dehors d'elle, produit une sorte de travail à vide de la prévention. Une fois les règles établies et tous les déviants ou malades accompagnés, soignés ou démis de leurs fonctions, la prévention officielle n'existe plus que pour la forme.

Ce compromis s'inscrit au cœur des rapports de force sur la prévention des risques et la santé au travail tels que nous les avons précédemment analysés. Il participe aussi à une renégociation du périmètre de responsabilité des employeurs par rapport à la réglementation générale en matière de santé, de sécurité, d'évaluation et de prévention des risques professionnels :

1) La responsabilité de l'employeur est engagée sur les « risques liés aux consommations », entendus comme « dommages liés aux consommations » (AT, MP, arrêts

de travail, etc.) : l'employeur doit éviter les dommages et rend des comptes si, dans son entreprise, les personnes se blessent, tombent malades, blessent des tiers, ne peuvent plus travailler, en lien avec les drogues notamment.

2) La responsabilité de l'employeur n'est, a priori, pas engagée vis-à-vis des consommations elles-mêmes. Faute d'investigation demandée, l'employeur rend rarement des comptes sur les déterminants professionnels des consommations de médicaments psychotropes, de tabac, d'alcool, de drogues illicites. Aujourd'hui, par exemple, la part du travail dans les consommations d'antalgiques forts ou de somnifères, de cocaïne et de tabac, est invisible. Leurs composantes professionnelles sont masquées par une absence d'investigation et de traçabilité.

Le périmètre de responsabilités « pratiques addictives » incite l'employeur à aborder la question des usages de psychotropes et à se doter de moyens d'éviter les dommages ; il ne l'incite pas à rechercher et à éviter les déterminants professionnels de ces usages. Prévenir et éviter les dommages appartient à l'entreprise ; prévenir les déterminants professionnels est laissé à la seule responsabilité des sujets et éventuellement de leur médecin. Faute de mobiliser les bons objets et les bonnes approches collectives, les employeurs agissent partiellement, et rendent peu comptes sur les consommations de médicaments psychotropes, de tabac, de drogues et d'alcool en lien avec le travail (Maranda, Negura et Morissette). Cette approche gère les risques plus qu'elle ne les prévient, seules les conduites individuelles sont observées et tracées. Prévenir en milieu de travail devient alors synonyme d'informer sur les normes, de prévoir des procédures collectives face à des conduites personnelles déviantes et des situations de troubles comportementaux et cognitifs (Inrs (2013), Mildt/Dgt (2010) et les préconisations du groupe Pompidou (2012)) et de laisser suffisamment de traces sur ces prescriptions pour pouvoir les opposer à la justice en cas de problème. Ce glissement de l'analyse compréhensive vers une trame médico-légale de la prévention est à rapprocher des constats faits par de nombreux chercheurs qui désignent ce processus par lequel on en vient à définir et à traiter des problèmes non médicaux, principalement sociaux, comme des problèmes médicaux, voire pathologiques sous les termes de « pathologisation de l'existence » ou de « médicalisation de la question sociale » (Saint-Germain, 2005 ; Saint-Onge, 2005 ; Beaulieu, 2005 ; Cohen et Breggin, 1999 ; Conrad, 1995).

2. 3 Le paradigme addictologique ou le dialogue empêché

Notre étude observe que les activités des acteurs du champ de l'addictologie améliorent les prescriptions et renforcent aussi la méconnaissance des interrelations travail et usages. Celles-ci sont masquées mais ne disparaissent pas sous l'effet de l'organisation de l'assistance aux malades repérés/désignés et du recadrage des rôles, des fonctions et des règlements. Et elles s'invisibilisent d'avantage. Nous observons, qu'ainsi gérés, en maladie ou en faute, certains usages n'en restent pas moins des ressources pour l'activité. Le constat est que si cette dernière ne peut pas si facilement s'en passer, les usages sont alors cachés, tus (individuellement ou collectivement), ou stigmatisés, sans se réduire pour autant aux prescriptions. Cette réalité vient généralement percuter le travail des acteurs de la prévention, dont les groupes de prévention « addiction » formés par les addictologues. Certains membres de ces groupes observent à terme, démunis, les limites de leurs missions, de leurs axes de travail et se démobilisent. Nos observations vont dans le sens d'une étude interne conduite dans le Nord-Pas-de-Calais par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 59, 2003) qui montre que la trajectoire des groupes alcool ou addiction est généralement la même, une perte de sens et une démobilisation progressive. Nous observons aussi, que les constats d'inefficacité et de démobilisation ne sont pas nécessairement des problèmes pour les directions. Dans les deux entreprises-terrains que nous avons étudiées, les directions préfèrent conserver leur groupe « addiction » sans activité effective plutôt que ne pas avoir de groupe. Compte-tenu du suivi formel de la prévention, l'entreprise ne peut pas s'afficher « sans groupe » au risque de se montrer et de se penser « sans prévention » aux sens d'une démarche qualité. La logique sous-jacente est ici principalement normative.

Notre recherche constate que la force du paradigme de l'addictologie est étroitement liée à la domination de l'épidémiologie sur les questions de santé et de travail. Cette perspective et ses résultats règnent tout à la fois dans les connaissances, les idées-forces et auprès des pouvoirs politiques et économiques. Alors que de nombreuses études de traditions compréhensives apportent des éléments cruciaux de compréhension et d'interprétation du réel, ce sont bien les travaux qui mobilisent la logique mathématique et prédictive de l'épidémiologie qui imposent leur point de vue sur la santé et la sécurité au travail (Volkoff).

Parmi les nombreux résultats que avons analysés dans notre revue de littérature, nous proposons de discuter ceux d'une étude conduite en 2008, par É. Durand. Cet exemple nous semble représentatif des logiques traditionnelles à l'œuvre, à l'articulation de la science classique et de ses applications, et de leurs limites.

En 2008, le médecin Éric Durand, qui coordonnait alors le Département études et assistance médicale, de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), a conduit une revue de littérature de référence sur les études scientifiques, françaises et internationales, portant sur le thème « addiction et travail ». Il a répertorié, rassemblé et analysé plus de 500 articles, principalement épidémiologiques et de tradition anglo-saxonnes (Durand, 2008). Dans ses analyses intermédiaires de cette somme (Durand, 2008 ; Durand, Gayet et Bijaoui, 2004 ; Durand, 2006 ; Durand, 2007), nous avons identifié deux grandes perspectives : celle qui questionne les usages de psychotropes chez les professionnels et celle qui teste des liens entre travail et usages, usages et risques. Il est important de souligner aussi que, dans ce travail systématique, les articles issus des approches plus compréhensives (sociologie et anthropologie du travail, psychodynamique, psychologie et psychosociologie du travail) n'ont été ni répertoriés, ni analysés. Plusieurs centaines d'articles s'intéressent à la prévalence des consommations de SPA par les professionnels. Ils montrent que l'alcool, le tabac, les drogues ou les médicaments psychotropes font partie de notre vie quotidienne : les mondes du travail emploient des hommes et des femmes consommateurs de drogues, licites et illicites. Ces travaux soulignent aussi qu'il y aurait des interrelations entre travail et consommations mais ne produisent aucune information sur la nature de ces interrelations, parce qu'ils ne cherchent pas à le faire : aucun indicateur, ni résultat, ne porte sur la multiplicité des effets recherchés dans les produits, et leurs conséquences pour faire son travail. Les approches épidémiologiques des usages de psychotropes n'en sont pas moins utiles, elles montrent la pertinence de s'intéresser à ces consommations comme une question réelle, en prise directe avec les milieux professionnels : nous travaillons et nous sommes consommateurs de pharmacochimie. Mais que conclure de ces prévalences ?

Dans ses travaux en direction des services de santé au travail, Durand (2008) analyse toutes ces prévalences comme des arguments en faveur de la nécessité de prévenir les usages d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes. Il contourne l'absence de connaissances sur les conséquences de ces consommations au poste de travail par la mobilisation des chiffres montrant les liens entre accidentologie et usages de SPA. Ce faisant, il entend démontrer que, les usages d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes étant susceptibles d'être facteurs d'accidents, ils sont des facteurs de risque professionnel.

Pour étayer cette démonstration, il utilise deux études portant sur le sur-risque d'accident du travail lié à l'alcool (INSERM, 2003), et plusieurs études faites sur la conduite automobile : l'effet de la consommation du cannabis (Biecheler et coll., 2006 ; Laumon et coll., 2005), l'effet des médicaments (AFFSAPS, 2005). En articulant ces données, Durand conclut sa revue de littérature de la manière univoque suivante : « La présence de salariés en état d'ébriété ou sous l'emprise de drogues sur le lieu de travail peut mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, à la fois pour eux-mêmes et pour leur entourage. L'altération de la vigilance, la modification de la perception du risque et/ou une prise de risque accrue peuvent ainsi être à l'origine d'accidents du travail » (Durand, 2008).

Dans une double perspective, épistémologique et pratique, cette conclusion nous paraît discutable sur deux points :

1/ La première controverse porte sur l'assimilation univoque des effets des consommations d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, du côté de la perte de capacité et de contrôle. Par définition, les substances psychoactives modifient l'état de conscience (stimulant, antalgique, antidépresseur, anxiolytique, etc.) mais la connaissance générale de ces effets ne dit rien de la probabilité que les travailleurs (salariés, agents, employeurs) puissent être plus dangereux sous l'effet de ces produits, plutôt que sans, en situation de travail réel. Statistiquement, aucun lien de causalité entre usages de drogues et effets négatifs plutôt que positifs dans le travail n'ont été étudiés. Une hypothèse opposée se dessinerait même : compte-tenu du nombre de travailleurs-consommateurs de psychotropes, notamment occupant des postes à risque (Haguenoer et coll., 1997) et à responsabilité, et des faibles fréquences des accidents du travail (toutes raisons confondues), n'en utiliseraient-ils pas au contraire les effets (antalgique, stimulant, anxiolytique, désinhibant, etc.) comme pharmakon, comme des « remèdes », du côté d'un gain pour leur travail et leur santé ? La perte de contrôle ne semble être ni le principal effet recherché ni le principal effet vécu. Mais alors, que font les usages de drogues sur les sujets et le travail quand ils ne provoquent pas de perte de contrôle ? Les études compréhensives se sont intéressées à ces questions. Elles nous apprennent que, dans les conditions réelles du travail, les modifications de l'état de conscience (sous l'effet d'une ou plusieurs psychotropes, sans ébriété manifeste, ou sous l'effet de situations psychosociales) ne sont pas ontologiquement des risques, elles peuvent même être facteur de fiabilité, calmant la peur ou stimulant la vigilance. Ce paradoxe a été démontré par les travaux sur les liens entre santé et travail. La psychologie du travail notamment a bien montré la spécificité des stratégies de défense (Dejours, 1980 et 2000),

processus psychosociaux complexes qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux (Molinier et Flottes, 2012). Ces stratégies montrent que, dans certaines situations, pour être maître de soi, il faut avoir la conscience altérée. Les psychotropes peuvent aussi être utilisés en ce sens : antalgique, stimulant, calmant, etc. Pour ce qui est de la notion de « perte de contrôle » assimilée aux personnes dépendantes, elle est aussi controversée. Au plan scientifique, les résultats montrent que les personnes peuvent exercer un certain contrôle sur leurs consommations ou réduire la fréquence et l'intensité de leurs activités addictives (Peele, 2004 ; Sobell, 2002 et Hodgins *et coll.*, 2002, dans Suissa, 2008).

2/ Le deuxième point discutable est la relation d'équivalence faite entre activités expérimentales de conduite automobile et activités professionnelles réelles. Dans la perspective clinique développée par Wisner (1995 dans Clot, 2008), en ergonomie et en psychologie cognitive, « Nous récusons l'expérimentation en physiologie et psychologie du travail si elle n'est pas précédée par une étude approfondies des activités de travail ». Les activités professionnelles sont des activités au prise avec une organisation et des contraintes externes et internes d'une grande complexité (culturelles, organisationnelles, économiques, juridiques, techniques, psychiques, politiques, physiques, éthiques, etc.). Le dialogue, les arbitrages, les engagements psycho affectifs, identitaire, physique, etc., mobilisés en situation professionnelle, à la fois contraintes et ressources pour le sujet, ne sont pas réductibles aux activités de la conduite automobile. Travailler, et particulièrement en période de crise, n'est assimilable à aucune autre activité.

La mise en accusation univoque des pratiques addictives en milieu de travail interdit d'introduire l'idée d'ambivalence des usages de SPA et de leurs effets, décrite par les observations cliniques. La double face, ressource et danger, de toute substance psychoactive, drogues licites ou illicites et médicaments, disparaît en milieu de travail, masquée par les compromis sociaux que nous avons développés. Il s'agit pourtant de ne pas méconnaître que si les médicaments psychotropes, le tabac, l'alcool ou les drogues sont des ressources pour l'activité, les sujets ne pourront pas si facilement se plier aux interdictions et aux contrôles et se passer des usages. L'enjeu est donc d'abord de décrire et de comprendre avant de prescrire des règles et des procédures. Face à la multiplicité des activités humaines, des consommateurs, des produits, des effets, des prescriptions médicales et sociales, des habitudes, des fonctions thérapeutiques et festives, etc., majoritairement sociales, réglées sans dommage ni dépendance, les objectifs et les concepts centrés sur l'épidémiologie, les seuls individus et la pathologie sont inopérants pour décrire les interrelations entre les consommations de psychotropes et le travail. Comment prendre la bonne mesure, tout à la

fois, des consommations de drogues, du travail et de la santé, au plus près du réel ? Il s'agit de quitter le paradigme répressif, toxicologique et épidémiologique afin d'associer prévention et recherche du côté des sciences humaines et sociales, et de donner la primauté à la compréhension sur la prévision et l'interdiction a priori impossibles. Il est complexe d'établir des bases solides pour une épidémiologie des effets des usages de SPA sur le travail et la santé, comme il est difficile de prédire les relations entre conditions de travail et souffrance (Derriennic Francis, Vezina Michel (coord.),. Non pas que la relation n'existe pas mais parce qu'elle se joue ailleurs (dans le rapport du sujet avec ses activités, dans les rapports des sujets entre eux plus que dans les conditions de travail). A charges objectives identiques, les difficultés réelles, les prises de risque, varient en fonction des conflits de l'activité, des normes, des activités réalisées, des actions empêchées, de l'isolement, de la qualité du collectif. Ceci n'empêche ni la recherche, ni la connaissance, mais invite à se saisir d'un autre cadre théorique et méthodologique. Les approches socio anthropologique, ergonomique et psychodynamique de ces phénomènes permettent d'opérer un glissement du sujet, du risque a priori, vers la notion d'activité qui permet d'éclairer la complexité des relations entre usages de substances psychoactives, professionnels et travail, risque et fiabilité. Il n'existe pas d'activité qui serait, dans toutes ses conditions, dans tous les cas possibles, pour tous les métiers, à tous les moments, toujours négatives ou toujours positives. Comme il n'existe pas de consommation de substance psychoactive qui serait, dans toutes ses conditions, dans tous les cas possibles, pour tous les métiers, à tous les moments, toujours négatives ou toujours positives. La réponse n'est jamais toute faite.

Nous voyons ici à quel point, avant toute action corrective, c'est bien l'étape de la définition du travail et des usages réels qui est déterminante. Elle conditionne l'édifice de l'action et de ses effets. C'est pourquoi nos résultats proposent de sortir des perspectives addictologiques et de nous intéresser aux sciences du travail et aux connaissances sur les liens entre le fonctionnement mental, la santé et le travail. C'est là que notre recherche a trouvé les outils théoriques pour tenter d'améliorer la définition de la problématique, préalable à toute action. Comme Aude Lalande, dans ses travaux sur la médicalisation de la Réduction des risques, nous constatons que l'histoire des drogues et de la prévention des risques engage à réfléchir à ce que l'on perd à ne pas développer l'approche centrée sur une transformation des propriétés du travail « normal » au profit de l'idéologie de la conformité (Lalande, 2016, p.9).

2.4 L'apport de la clinique du travail : revenir aux fondamentaux, l'activité et la subjectivité

Notre étude nous conduit à penser que pour appréhender ce qui se passe avec les consommations de drogues des professionnels, l'usage est un objet nodal. Le mystère que nous avons tenté de percer dans une préoccupation de science, de performance réelle et de santé, n'est pas du côté des produits consommés mais des usages qui en sont faits. Nous observons que diverses substances incapacitantes dans certaines situations s'avèrent compatibles avec le travail, voire des ressources, du fait des activités, de l'organisation du travail, d'éventuelles stratégies collectives de socialisation ou de défense et de l'expérience ou de la tolérance développées par l'usager, etc. Notre étude montre l'impossibilité de caractériser les drogues a priori. Les usages de psychotropes comme activités subjectives fonctionnelles s'avèrent tout à la fois trop variables et trop puissants. Ils tirent leur intensité, et leur permanence dans l'histoire des hommes, de la nature vitale de leur sens, du couplage entre leurs déterminants et leurs effets. Aujourd'hui, la question se pose de savoir si les modifications structurelles de l'état de conscience des travailleurs induites par la gestion ne seraient pas bien plus préoccupantes et alarmantes que celles provoquées par la drogue. A de rares exceptions, les usagers maîtrisent les effets immédiats de leurs consommations, à de plus rares exceptions, les travailleurs maîtrisent la qualité et l'organisation de leur travail. Au cœur des activités de travail, ces formes « irrégulières » mais très organisées de régulation jouent un rôle clef dans la performance globale de l'entreprise. La reconnaissance ou non de l'existence et de l'intérêt de ce type de mobilisation participe de la bonne compréhension des situations de travail, des freins et des ressources de la production, de la santé et de la sécurité réelle.

Notre étude montre que le consensus sur le paradigme addictologique vacille au sein même du champ des addictions. Pour Alain Morel, psychiatre et addictologue, le sens des usages de psychotropes est dans leur éprouvé, c'est-à-dire dans l'expérience que les consommateurs en font, au croisement entre l'attente et l'effet, entre l'imaginaire et le réel (Morel, 2015). Elle s'entend ici dans une approche centrée sur le sujet (biopsychosocial) et son mode de vie, comme « une rencontre entre corps, subjectivité et culture » (Morel, 2015). Mais l'expérience peut aussi s'entendre au sens d'Yves Schwartz et de l'ergologie, tout à la

fois comme une capitalisation vivante d'activités et comme un drame permanent, un « débat de normes » pour le sujet (Schwartz, 2010). L'approche que nous proposons se déplace du sujet vers l'activité. L'expérience des drogues parle autant de l'action et de sa construction par le sujet (les moyens, les contraintes, les visées et les arbitrages) que du sujet et de ses conditions d'existence. Ce concept, issu des travaux sur le travail humain (Leplat, 1997 ; Schwartz, 2007; Clot, 2008) et sur la santé (Canguilhem, 2007; Dejours, 2000 ; Clot et Lhuilier, 2010 ; Fernandez, 2009), est largement absent de ceux portant sur les drogues. Il rompt avec les « approches expérientielles » (système biopsychosocial et « mode de vie ») (Therrien, 2000, 2009 ; Morel, 2015), pour s'intéresser à la centralité de l'activité humaine dans la santé mentale (Billiard, 2011). L'approche par l'activité inscrit les usages de drogues dans le sujet et dans la dynamique interne de l'action plus dans ses faits et ses traces. Elle se décale de l'expérience comme morceau de soi et bout de vie, vers l'analyse de la réalité complexe, et conflictuelle notamment, de l'action de se droguer dans l'action de vivre (leurs conditions internes et externes). Dans une double dynamique de connaissance et d'intervention, plus qu'au concept d'expérience c'est à celui d'activité que notre recherche se réfère pour saisir l'usage de psychotropes. L'activité déborde l'expérience et les faits. Les faits sont les objets du droit et de la clinique médicale mais ils n'ont pas le monopole du travail réel « la chose réelle est la chose qui n'est pas là » (Winnicott, 1971 dans Kaës, 2012). La distinction entre réel et réalité est au cœur de la clinique du travail (Lhuilier) et de notre investigation. Concrètement, la clinique du travail s'appuie sur

> « *des représentations théoriques de la santé, de la normalité et du travail qui se superposent autour de l'investigation du sujet, du corps, de la subjectivité (comme conflictualité) et du social (comme engendrement réciproque du social et du psychique)* » (Lhuilier, 2006a, p.181).

Dans cette dynamique, l'acteur de la connaissance et des transformations visées (objectiver l'invisible, modifier des pratiques, éclairer des angles morts, etc.) est le travailleur lui-même. La clinique du travail a aussi d'autres visées : « l'extension du pouvoir d'agir des travailleurs sur le milieu et sur eux-mêmes, c'est-à-dire le développement du sens de leur expérience et celui de son efficience » (Clot, 2008a). L'activité précède l'expérience, intéressons-nous à elle.

Analyser le travail pour comprendre les interrelations entre les activités de travail et les usages de drogues, nécessite d'être conscient de l'existence de modèles théoriques bien distincts, d'en choisir un (ou plusieurs) sans pour autant exclure l'intérêt des autres (Lancry). La clinique du travail n'exclut pas l'addictologie, le droit ou la gestion, elle réfute l'idée d'un

syncrétisme. Cette posture est au cœur de la clinique du travail qui, selon Lhuilier (2006a) « porte ce qu'elle fait, non pas comme une vérité, mais comme une perspective qui a besoin des autres perspectives et laisse la place à ce que les autres font. » Notre étude montre que le rapport entre les usages de psychotropes, le travail et la prévention en milieu professionnel se comprend dans la description du réel et de la trame des activités qui les composent. Saisir cette trame est possible si l'on prend réellement au sérieux les discours sur leurs consommations énoncés par les travailleurs eux-mêmes. Cette réflexivité, entendue comme un échange qui ouvre sur la possibilité d'un retour des salariés sur les traces de leurs activités professionnelles et leurs usages de drogues s'avère offrir une piste de prévention féconde. Les travailleurs, quel que soit leur niveau de responsabilité, sont les acteurs de leurs activités et de l'analyse pour les transformer. Notre recherche nous a enseigné que, dans ces entretiens, il ne s'agit pas de « penser savoir » qui sont les consommateurs, ce que sont leurs consommations ni même d'en « imaginer » les raisons ou les effets. L'approche est tout autre, elle nécessite de questionner les usages et le travail concrets, réels. La clinique du travail ne s'oppose pas aux questions sanitaires classiques (de type *repérage précoce et intervention brève*: « que consommez vous ? », « avez-vous envisagez d'arrêter » et/ou « ressentez vous des effets indésirables ou nocifs ? », « que faites-vous pour réduire ces effets négatifs ? »), elle les complète par des questions portant sur « comment faites-vous votre travail ? », « comment tenez-vous ? ».

Avant de conclure, nous devons souligner la fonction et l'intérêt du site Psychoactifs.org, et notamment du forum « Drogues et travail » (annexe 9), comme système social de régulation. Nous observons une dynamique clinique entre pairs, une « réduction des risques » dans sa version non pathologisante et conformiste (Lalande, 2010, 2016a et b) dont les propriétés et les effets spécifiques sur l'usage de drogue, le travail et la santé, pourraient être approfondis.

Notre étude montre que l'ouverture au dialogue sur le travail et les usages de drogues permet de saisir une réalité complexe, une dynamique qui articule le sens du travail et le sens des consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas d'inventer un nouveau cadre d'analyse qui resitue la recherche et la prévention dans l'histoire des liens entre santé et travail qui donne le mieux à voir cette complexité, en plus de l'épidémiologie et des autres sciences statistiques. Nous observons que les consommations de drogues résistent aux messages sanitaires et aux règles du fait des consommateurs et de celui des perspectives mobilisées pour construire l'analyse et l'action. Le défi d'aujourd'hui est de quitter le

discours univoque sur les pouvoirs toxiques des produits et d'ouvrir le dialogue sur leurs effets ressources (psychostimulant, anxiolytique, antidépresseur, antalgique, etc.) du point de vue des opérateurs, des encadrants et du travail réel. La prévention ne peut se faire sans que soit donnée une place centrale aux travailleurs eux-mêmes. Cette approche n'a pas pour objectif de trouver dans l'organisation du travail les moyens d'évaluer et de prévenir ces consommations, pour concilier santé des salariés et efficacité productive dans l'entreprise. Cela nécessite que l'organisation du travail donne aux personnes en charge de la prévention des risques professionnels, et à tous les salariés, les moyens de tester l'hypothèse qu'il existe une genèse socio-professionnelle des usages de substances psychoactives et des éventuels troubles (origines ou conséquences) liés aux consommations et leur permette d'élucider les situations, et de les transformer, eux-mêmes.

Concepts et acteurs clefs traditionnels (épidémiologie, médecine, droit, gestion)	**Concepts et acteurs de la clinique du travail (psychologie du travail, psychodynamique du travail, ergonomie, clinique de l'activité, etc.)**
Travail prescrit : gestion, règles et normes du travail, organigramme, objectifs, moyens, indicateurs, tableaux de bord, devoirs, conformité individuelle, adaptation	**Travail réel** : activités, système, collectif de travail, intelligence rusée, tensions, écarts, conflit, compensation, ressources, renormalisation
Prévention : risques, erreurs, causalité, comportements déviants, règles et normes de sécurité et de santé, conformité, réduction des risques, ingénieur et préventeurs, équipe de santé au travail, médecins	**Santé** : responsabilité collective, analyse du travail, organisation, sujet, collectif de travail, commerce des hommes entre eux, régulation individuelle et collective, qualité du travail, créativité, pouvoir d'agir, renormalisation, dialogue et discussion
Addiction, conduites addictives : univocité (fragilité, dangerosité, maladie, déviance)	**Usages de psychotropes** : ambivalence (remède, poison, régulation, sens et savoirs)
Consommateur de psychotropes : usager (occasionnel, régulier, à risque, dépendant), patient, alcoolique, toxicomane, savoirs savants, stigmate, drogues licites et illicites,	**Travailleur** : sujet de son travail et de ses usages de psychotropes, identité professionnelle, activités, savoirs profanes, tous psychotropes (médicaments, drogues licites et illicites),
Prévention des conduites addictives en milieu professionnel : dangerosité, déviance, maladie, ingénieur et préventeurs, équipe de santé au travail, médecins, dépistage, repérage, recadrage, orientation	**Régulation des interrelations entre les activités professionnelles et les usages de psychotropes** : activités, ambivalence, sujets et collectifs de travail, organisation du travail, tensions, ressources, discussion, renormalisation

Tableau 14 : Concepts et acteurs de la prévention traditionnelle VS concepts et acteurs de la clinique du travail

Conclusion générale

« Appréhender un problème c'est comprendre ce qui le rend descriptible »

Ogien A. dans Ehrenberg A. (dir.) (1998). Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières, p.144

Les professionnels consomment des drogues. Ils recourent aux effets calmants, stimulants, sociaux, hédoniques, de l'alcool, du tabac, du café, des dérivés morphiniques, des benzodiazépines, du cannabis, etc., pour des raisons privées, pour travailler ou se remettre des effets de leur travail. Être professionnel peut nécessiter de trouver de l'énergie sans limite et de remédier aux manquements de la gestion. La pharmacochimie peut y contribuer. Elle s'inscrit dans des dynamiques de renormalisation pour produire et rester employable malgré les tensions entre défis de l'entreprise (productivité, intensification, flexibilité, etc.) et ressources collectives pour les soutenir.

Notre époque est paradoxale : elle encourage la prévention des consommations de psychotropes tout en évitant d'en décrire et d'en connaître finement les modalités, les effets et les logiques professionnelles véritablement en jeu. Aujourd'hui, malgré les enseignements de l'histoire de la santé au travail, de la psychopathologie du travail et de la clinique du travail, mesurer les ressources pharmaco-chimiques utilisées par les travailleurs et les dirigeants pour atteindre leurs résultats et rester en santé reste tabou.

Nos travaux montrent que cette occultation du « travail » dans la notion « addiction et travail » s'inscrit dans un mouvement plus profond. Quand on constate, au cœur des sciences médicales et de la gestion, l'état de désarticulation des questions de santé de celles des activités et du travail réel (Cru, 2000 ; Davezies, 1999, 2004 ; Gollac, 2012 ; Gollac et

Volkoff, 2006 : Lhuilier, 2006a et b, 2014) il est évident qu'un sujet aussi délicat moralement, médicalement et juridiquement que les drogues, exacerbe ce clivage. La difficulté à bâtir une démarche de prévention à partir d'une vision clinique du problème, et donc d'une véritable connaissance des interrelations entre les usages de psychotropes et le travail, est un sous-produit de cette situation. Orchestré par les instances patronales (CESE, 2013 ; Crespin, 2011 ; Fortané 2010, 2014 ; Gollac, 2012) ce refus de questionner les usages de drogues dans une perspective professionnelle, n'est cependant pas de leur seul fait. Présents dans l'entreprise, ces freins sont encouragés par les pouvoirs publics notamment sous l'influence des psychiatres alcoologues ou intervenants en toxicomanie et des modèles répressifs de la prévention (Fortané, 2010 ; Crespin, 2012). « L'une des difficultés tient au fait que la complexité de ce phénomène, de cette clinique propre au monde du travail, est niée par les psychiatres car ils n'y croient pas, étant peu familiers du monde du travail » (Dejours, 2010).

Notre recherche montre que la domination quasi exclusive des sciences réductionnistes n'est pas un simple état de fait, c'est une alliance invisible entre des groupes d'intérêts et des idéologies complémentaires. La contribution de l'addictologie aux études sur les interrelations entre les usages de substances psychoactives, le travail et la prévention est basée sur l'alliance historique entre deux instruments, et deux systèmes sociaux, essentiels dans l'administration des populations depuis deux siècles : la loi et la médecine, et leurs acteurs (Morel, Couteron et coll., 2015). Pour reprendre l'analyse de Schwartz (2000), l'alliance de ces perspectives, en santé et sécurité au travail, fonctionne « comme un concept-valeur qui décide que la liste des informations à faire émerger est close ». Dans cette situation, les acteurs de santé au travail en reste à une prévention a priori, en se référant à de normes préétablies selon le poste de travail, la substance et la quantité consommée sans lien direct avec la situation professionnelle concrète et les risques spécifiques associés. Malheureusement avec les résultats que l'on a observés : les interrelations entre les usages de drogues et les activités de travail sont des questions au cœur de notre quotidien et de l'histoire des sociétés, elles n'existent pas exclusivement du coté du risque et de la maladie, mais elles demeurent masquées, réfractaires à l'approche juridique et causaliste. En niant les processus professionnels à l'œuvre, la prévention construit les conditions de ses échecs et celles de son coût pour la collectivité. La marginalisation des sciences compréhensives et de leurs résultats semble aujourd'hui plus une question d'idéologie et d'acceptabilité sociale que d'épistémologie. La mise en discussion de l'organisation du travail est une approche importune (Goffman, 1989). Elle questionne de manière gênante les systèmes de pouvoirs dans les entreprises et les services médicaux.

Notre étude montre que viser la santé des travailleurs ne consiste pas à transformer la prévention mais prioritairement les activités et l'organisation du travail des acteurs de la production, du management et de la prévention. Les dispositifs de santé et de prévention tels que nous les avons observés dans notre étude (à la fois dans notre revue de littérature et sur nos terrains) s'intercalent entre l'opérateur et ses activités, entre l'opérateur et l'organisation du travail. Ils éloignent en permanence les travailleurs du questionnement de leur travail réel et de leur santé qui finissent hors de portée des transformations officielles. Une question de la sociologie de la gestion retient toute notre attention ici : « la gestion fait-elle ce qu'énonce la Gestion ? » (Boussard, 2008). Notre étude montre qu'en prévention non.

La prévention est une parodie au sens qu'elle organise une forme de représentation contrefaite du réel. Et la parodie n'est plus ici « la plus pénétrante des critiques » (Huxley, à propos de parodie, Larrousse.fr, 2016), elle est paradoxalement au service de la conformité. C'est aujourd'hui la mise à jour du réel, de ses incertitudes, de ses tensions et de ses régulations, qui est transformée en critique. Montrer le réel devient une mise en cause précise et aiguisée de la contrefaçon, des faussaires et de leurs modèles sous-jacents. Notre étude montre que l'organisation officielle du travail, appuyée sur des cadres sanitaires et juridiques, organise une forme de dévoiement de la prévention et de la santé des travailleurs. Nous constatons que l'histoire des drogues et de la prévention des risques engage à réfléchir à ce que l'on perd à sacrifier l'approche centrée sur une compréhension et une transformation sociale au profit de l'idéologie des addictions et de la normativité (Lalande, 2016). Dans cette dynamique, il nous semble vain de vouloir améliorer la prévention des addictions à partir de ce qu'elle est, de ses concepts et de ses cadres théoriques, il faut les transformer. A partir de nos travaux, nous dégageons trois pistes pour la recherche et l'action :

- les normes du travail, les usages de drogues et les activités réelles de travail pourraient être discutés du point de vue des travailleurs dans leurs entreprises et avec les équipes de santé au travail

- Les missions, les cadres techniques et théoriques mobilisés par la prévention pourraient être explicités (attention à la polysémie des termes : drogue, santé, prévention, travail, risque).

- Les acteurs de la prévention officielle pourraient avoir une politique, des références scientifiques et des modèles d'action propres, qui ne soient pas contre ceux des employeurs et des médecins mais qui puissent être différents.

Au cours de notre étude, la recherche-action a transformé nos connaissances sur le travail, l'usage de drogue, la prévention et leurs interrelations. Bien plus essentiellement que cela, elle a transformé les fondations mêmes de nos connaissances et de nos activités. Nous nous sommes déplacées bien au-delà de nos propres hypothèses sur la recherche-action et sur nous-même. En arrivant au terme de cette recherche nous avons découvert d'où nous arrivions, sur quelles pratiques et quelles cadres théoriques nous étions réellement avant ce travail de recherche, où nous en sommes aujourd'hui et ce que nous aimerions encore faire bouger dans nos pratiques. Cette transformation a opéré au long cours, sous l'effet d'entraînement de nos activités de recherche autant que sous leur pression, dans un engendrement réciproque de réalisations déterminantes et de puissantes résistances. Chercher a été une épreuve. Grace à la clinique du travail, nous avons fini par en comprendre la fécondité : les remaniements que cette épreuve a opérés. Nous aurions préféré que la peine fût moins rude, surtout pour notre entourage, mais les déplacements gagnés et la découverte associée sur notre propre activité, notre subjectivité et la puissance de la clinique du travail, en valaient la peine.

Suite à ce travail, nous souhaitons continuer à étudier les interrelations entre les usages de drogues et le travail sur les axes d'investigation que nous avons proposés. Par ailleurs, la question du soin, d'une articulation avec la clinique du travail, nous questionne aujourd'hui autant que celle de la prévention. Dans le cadre de ces interrogations, nous continuerons notamment à approfondir les propriétés scientifiques et pratiques des notions « d'usage régulé » et « d'usage dégradé ».

* *
*

POST-SCRIPTUM

Cette recherche porte sur l'humanité du travail, de la drogue et de la clinique. Elle est devenue l'expérience de notre propre vulnérabilité, celle de nos activités et de notre rapport à nos interlocuteurs et à nous-même dans la rencontre. Nous pourrions conclure cette thèse sur ce point dont l'épaisseur du trait, les activités, nous interroge plus que jamais. Nous pourrions conclure sur ce qui s'est dit à bâtons rompus au cours de l'ultime entretien de travail avec Emmanuelle, notre relectrice éclaireuse.

Nous : *« D'où je viens je l'ai découvert en travaillant »*

Emmanuelle : « *C'est l'enjeu de la thèse. C'est ce que tu as traversé.* »

Nous : « *C'est mon expérience des limites de mes anciens modèles et de mon vécu personnel sur cette question qui est au cœur de ma thèse. La peur initiale que j'avais du face à face avec les usagers de psychotropes. D'où je viens, ils appartenaient aux médecins. J'avais peur de faire du mal. Il y a la question de l'extérieur et de l'intérieur, de la place des autres qui sont au dessus de moi et de ma place. Si je revisite, en pratique, la place des autres, je change de place. Je suis dans l'opinion alors que ce n'est pas la question.* »

Emmanuelle : « *Si tu sors de l'opinion c'est plus simple d'être dedans.* »

Nous : « *C'est cette histoire qui a de l'importance, on s'en fout de ce que j'en pense. En plus ce qui m'intéresse c'est ce qui se passe avec mes interlocuteurs. Ce qui m'intéressait c'était quand mes interlocuteurs s'intéressaient, étaient concernés par l'entretien. C'était inintéressant quand les interlocuteurs répondaient « parce qu'ils devaient » ou répondaient « ce qu'ils devaient ». Les cadres sup souvent me racontaient une histoire, celle permise par la gestion, le discours de la gestion. Ils me racontaient une idéologie. Et moi je peux être dans l'idéologie parfois. Donc au bout d'une demi heure nous n'avions plus rien à nous dire.* »

Emmanuelle : « *Vous étiez idéologie contre idéologie. C'est éloge de la pratique contre la théorie, la clinique c'est la pratique.* »

Nous : *« C'est ça qui est très puissant. Je l'ai découvert en le construisant. La question peut être un ouvre-boîte, un chausse-pied ou un catalyseur, c'est à dire un élément qui provoque quelque chose de nouveau, qui n'était pas directement là. Le problème c'est*

que ce n'était pas toujours faisable au sens premier. Il y avait quelque chose de dévitaliser dans le dialogue, de mon coté autant que de celui de certains de mes interlocuteurs. Avec les experts particulièrement, les cadres dirigeants et les médecins notamment. »

Emmanuelle : *« C'est comme ce que disent les Pinson-Charlot. Pourquoi y-a-t il si peu de sociologues qui s'intéressent à la classe des dominants. C'est que quand tu t'intéresses à ceux qui sont en dessous tu es forcément en position de domination. Quand tu t'intéresses à ceux qui sont au-dessus, tu es en position d'infériorité, c'est compliqué de garder un cadre, des questions. »*

Nous : *« En intervention tu parles toujours de la consommation de l'autre, d'un autre type, de typologies consensuelles de consommation, usages, troubles de l'usages, dépendance,… C'est bien le problème pour moi, on tourne autour du réel. Le but de l'intervention n'est pas comprenons ensemble ce qui se passe réellement et comment cela se passe, quel est le sens de tout ça, mais construisons ensemble un « vers où aller ». Construisons ensemble une nouvelle prescription. Sans même que soient interrogés les usages réels. C'est là où on tournait autour de la question. C'est là où je me suis dit qu'il fallait que j'arrête de tourner mais une fois que j'ai dit cela, tout reste à faire. Je ne savais pas ce qui tournait correctement et ce qu'il fallait changer. C'est un peu comme à bord d'un train où le paysage défile. Il faut fondamentalement changer de point de vue pour savoir qu'on bouge et que le paysage est fixe. Ma compréhension s'est produite dans le temps, à la faveur de mes terrains et de mes discussions avec Dominique. »*

* *
*

Bibliographie

Afedcap (1994). « Toxicomanie et travail », *Afedcap Informations,* 3, 145 p.

Almudever, B., Michaëlis, N., Aeschlimann M.-P. et Cazals-Ferré, M.-P. (2012). « Le pouvoir d'agir à l'épreuve de la souffrance au travail : émotions, recherche et construction de sens », *Pto*, Aiptlf, vol 18, n° 1, p. 81-95.

Almudever, B. et coll. (2013). « Construction du sens du travail et processus de personnalisation : l'étude du transfert d'acquis d'expériences et des dynamiques de projet », dans Baubion-Broye A. et coll., *Penser la socialisation en psychologie*, Erès, Hors collection, p. 171-185.

Althaus, V. (2013). *Élaboration et mise en œuvre d'une démarche d'intervention systémique pour les PME : construction théorique et application pratique dans cinq entreprises,* Thèse en Psychologie, Université de Lorraine, 280p.

Althaus, V., Grosjean et V., Brangier, E. (2013). « La centration sur le processus du changement : l'apport de l'intervention systémique à l'amélioration du bien-être au travail », *@ctivités,* 10, 1, p127-149, http://www.activites.org/v10n1/v10n1.pdf

Amalberti, R. (1996). *La conduite des systèmes à risque*, Collection Le travail humain, PUF, Paris, 248p.

Amalberti, R. et Hoc, J.-M. (1998). Analyse des activités cognitives en situation dynamique : Pour quels buts ? Comment ? *Le Travail Humain,* 61, 209-234.

Ambroselli, C. (2005). « Le recours aux drogues : les réponses de la société », *La toxicomanie,* Regard éthique, Conseil de l'Europe, Strasbourg, p.17-29 (en ligne) Url : https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1288132&SecMode=1&DocId=1426712&Usage=2

Ames, G.-M. et Grube, J.-W. (1999) *Alcohol availability and workplace drinking : mixed method analyses*, May, 60, 3, p383-393.

Ames, G.M. et Janes, C. (1992). A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace, *Alcohol Health & Research World,* 16, p.112-119.

Amiel-Lebigre, F., Gognalons-Nicolet, M. (1993), *Entre santé et maladie*, Collection Les champs de la santé, Paris : PUF, 176p.

Anpaa, Assurance maladie (2006). *Alcool, ouvrons le dialogue* (kit complet). Saint-Denis, Inpes, coll. Ouvrons le dialogue, 20 p.

Anpaa 59 (2003). *Alcool et travail*, Centre de documentation, Anpaa 59, Lille, 25p.

Ansm (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) (2014). *Analyse des ventes de médicaments en 2013*. Url : http://ansm.sante.fr/s-informer/presse communiques-points-presse/ventes-de-medicaments-en-france-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2013-communique

Aquatias, S., (2003). « Activités sportives et « décontrôle » des émotions. Esquisse d'une analyse des usages de produits psychoactifs dans le sport et hors le sport », *Déviance et Société*, 2003/3 Vol. 27, p.313-330.

Arditti, J., Bourdon, J.-H., De Haro, L., Obedia, E. et Valli, M. (2000). « Le cadre, les médicaments et les substances de la performance », *Société Française de Toxicologie Analytique*.

Armstrong, D. (1995). « The rise of surveillance medicine », *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, n° 3, p. 393-404.

Ars de Haute-Normandie/Mildt. (2010). *Groupe de travail « Conduites addictives en milieu professionnel »*, http://www.amsn.fr/iso_album/plan_d_action_addictions_travail+.pdf

Askenazy, P., Cartron, D., De Coninck, F. et Gollac, M. (2006). *Organisation, intensité et qualité du* travail, Toulouse, Le travail en débats, Octarès Éditions, 532p.

Askenazy, P., (2004). *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, La république des idées, Seuil, 98p.

Aubert, N. (2004). « L'intensité de soi » dans Aubert, N. (dir.), *L'individu hypermoderne*, Sociologie clinique, Cahors, Erès éditions, 320 p.

Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence : la société malade du temps*, Paris, Collection Champs Essais, Flammarion, 375p.

Aubert, N. et Gaulejac (de) V. (1991). *Le coût de l'excellence*, Paris, Le Seuil, 352p.

Aubert, N. (2012). « Le management à l'ère du capitalisme financier : un management hors sujet ? », *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2012/1 (n° 13), p. 17-30.

Aubin, H.-J., Auriacombe, M., Reynaud, M. et Rigaud A. (2013). « Implication pour l'alcoologie de l'évolution des concepts en addictologie », *Alcoologie et addictologie*, vol. 35, n° 4, p. 309-315.

Auer, P. et Cazes, S. (2003). « The Resilience of the Long-Term Employment Relationship », dans Auer P et Cazes S (dir.) *Employment Stability in an age of flexibility*. *Evidence from Industrialized Countries*, International Labour Office, Genève, p. 22-58.

Bachmann, C. et Coppel, A. (1989). *Le Dragon domestique, deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel, 564p.

Baertschi, B. (2009). *La Neuroéthique. Ce que les neurosciences font à nos conceptions morales*, Paris, Collection Philosophie pratique, La Découverte, 168p.

Ball, J.-C., Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcomes*. Springer-verlag, New-York, 283p.

Baratta, A. (1990). « Une politique rationnelle des drogues ? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel. », *Déviance et société*, vol. 14, n° 2, p. 157-178.

Barbier J.M. et Galatanu O. (2000) *Signification, sens, formation*, Collection Éducation et formation, Puf, 192 p.

Barus-Michel, J. (2004). « L'hypermodernité, dépassement ou perversion ? » dans Aubert, N. (dir.) *L'individu hypermoderne*, Sociologie clinique, Cahors, Erès éditions, 320 p.

Baubion-Broye, A. (dir.) (1998). *Événements de vie, transitions et construction de la personne,* Toulouse, Erès, 238p.

Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*, Collection Les incorrects, Éditions du Rouergue, 202 p.

Bazot, M. et coll. (1994). « Ivresse aux Armées » dans Pélicier Y. (dir.), *Les ivresses*, L'Esprit du temps, Psychologie, p. 91-98.

Beck, F. et Peretti-Watel, P. (2000). *Eropp 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes,* Paris, Ofdt.

Beck, F. et coll. (2007). « Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie », *Psychotropes*, vol. 13, n° 1, p. 9-31.

Beck, F. (2005). « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », *Genèses*, 2005/1, n°58.

Beck, F., Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O. et Spilka, S. (2015). *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014*, Note 2015-01, Saint-Denis.

Beck, F. (2004). « Usages illicites. Mesure d'une évolution », *Projet*, 2004/5 n° 282.

Becker, H.-S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 247p.

Becker, H.-S. (dir.), *Qu'est-ce qu'une drogue ?* Atlantica, Anglet, 2001, 212p.

Bellier, S., Carré, P. et Caspar, P. (1999). « La compétence » dans Carré, P. et Caspar, P., *Le Traité des sciences et des techniques de la formation*, Collection Psycho sup, Dunod, Paris, 656p.

Bensadon, A.-C., Barbezieux, P. et Champs F.-O. (2013). *Interactions entre santé et travail*, Inspection générale des affaires sociales, Rapport n°2013-069R, juin 2013, 130 p.

Bergeron, H. (1996). *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins, entre idéologie et action*, Paris, Coll. Dossiers Sciences humaines et sociales, L'Harmattan, 256p.

Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue*, Paris, La découverte, Coll. Repères, 128p.

Bernard, C. et Kouabénan Dongo, R. (2005). « Évaluer et modéliser les risques : apports et limites de différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité », *Le travail humain*, 2005/1, vol. 68, p.7-35.

Biecheler, M.-B.**,** Facy, F., Martineau, H. et Peytavin, J.-F. (2006). « Enquête stupéfiants et accidents mortels (SAM). Recherche des substances consommées ». *Alcoologie et addictologie*, n°28, 4, p.297-309.

Billiard, I. (2001). *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute (réédition en 2011), 283p.

Binsinger, C. et Friser, A. (2002). « Du dopage en particulier aux conduites dopantes en général : le point sur les connaissances », *Psychotropes* 2002/3, vol. 8, p. 9-22.

Bit (Bureau international du travail) (1996). « Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail », *Recueil de directives pratiques*, Genève.

Boeuf-Cazou, O., Lapeyre-Mestre M., Niezborala, M., et Montastruc, J.-L. (2011) « Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête « Mode de Vie et Travail » », *Thérapie*, vol. 66, p155-165.

Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, 843p.

Bondeelle, A., Fellmann, A. et Vaudoux, D. (2007). « Drogues et travail : un très mauvais ménage », *Travail et Sécurité,* coll. Dossier, Inrs, n° 678, p. 17-28.

Boscher, G. et Cerclé, A. (2004). « Alcool, stress et expectations : des recherches expérimentales aux applications », dans Pansu, P. et Lelouche, C. (Dir.), *La psychologie appliquée à l'analyse des problèmes sociaux*, Paris, Collection Psychologie sociale, Puf, p 65-82.

Bouffartigue, P. (2012). *Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*, Collection Le travail humain, Paris, Puf, 232p.

Bourdieu, P. (1981). « Préface » dans Lazarsfeld P., Jahoda, M. et Zeisel, H., *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Minuit, 1ère éd. 1931, p. 9 et 10.

Boussard, V. (2008). *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Collection Perspectives sociologiques, Paris, Éditions Belin, 264p.

Brangier, E., Lancry, A. et Louche, C. (dir.) (2004). *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, Nancy, Pun, 670p. (en ligne) https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00560059

Brissonneau, C. et Bui-Xuan-Picchedda, K. (2005). « Analyse psychologique et sociologique du dopage. Rationalisation du discours, du mode de vie et de l'entraînement sportif », *Staps*, De Boeck Supérieur**,** 2005/4, n°70, p. 59-73.

Brohard, Y. (2012). *Remèdes, onguents, poisons - Une histoire de la pharmacie*, Éditions de la Martinière, 220 p.

Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (dir.). (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, 350p.

Brunet, R., Presselin, J., Viel, M. et See, N. (2005). *Le risque et la parole - Construire ensemble une prévention des risques du travail dans l'agriculture et l'industrie*, Éditions Octarès, 191p.

Bruno, A.-S. (2008). « Quelques perspectives sur les travaux récents en « santé et travail ». Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », *Revue française des affaires sociales,* 2008/2, n° 2-3, p. 71-96.

Buchet C. (1921). « Essai sur l'histoire de la droguerie [Communication de M. Charles Buchet au 2e Congrès de l'Histoire de l'art de guérir] », *Bulletin de la Société d'histoire de la pharmacie*, 9e année, n°31, p.357-367. http://www.persee.fr/doc/pharm_0995-838x_1921_num_9_31_1407

Cambon de Lavalette, B. et Neboît, M. (1996). *L'erreur humaine, question de points de vue ?* Collection Colloques, Éditions Octarès, 108p.

Canguilhem, G. (2007). *Le normal et le pathologique,* (1ère éd. 1966)*,* Puf, coll. Quadrige, 290p.

Canguilhem, G. (2009). *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, (1ère éd. 1977), Collection Bibliothèque des textes philosophiques, Vrin, 185p.

Castel, R. et coll. (2008). « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques* 2008/2, n° 17, p. 15-27.

Castel, R. (1996). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Collection L'espace du politique, Paris, Fayard, 490p.

Castelain, J.-P. (1992). *Manières de vivre, manières de boire*, 1ère édition 1989, Paris, Imago, 166p.

Ccne (1998). « Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche », *Avis* n°58, 12-06-1998, 34p.

Ccne (2011). « Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection », *Avis* n° 114, Paris, avril 2011, 29 p.

Cellier, J.-M., Mariné, C. (1984). « Expérience professionnelle et gestion des communications dans une tâche de régulation de trafic », *Psychologie et Éducation,* 8, p.21-39.

Cese (2013). « La prévention des risques psychosociaux », présenté par Brunet S., *Avis du Conseil économique, social et environnemental*, Paris, JO, mai 2013, 154p.

Chast, F. (2002). *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 420p

Chenavier, R. (2007). « Simone Weil. Philosophe du travail », *Revue d'éthique et de théologie morale,* 2007/2, n°244, p. 31-40.

Chiapello, E. et coll. (*2015*). « À propos de l'emprise du chiffre », *Entreprises et histoire* 2015/2, n° 79, p. 174-187.

Clot, Y. (2008a). *Travail et pouvoir d'agir*, Le travail humain, Puf, 312 p.

Clot, Y. (dir.) (1996). *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluridisciplinaire*, Octarès Éditions, 224p.

Clot, Y. et Fernandez, G. (2005). « Analyse psychologique du mouvement : apport à la compréhension des TMS », (en ligne) *@ctivités*, https://activites.revues.org/1818#toc

Clot, Y. et Lhuilier, D. (2010). « Introduction », dans Clot, Y. et Lhuilier, D., *Travail et santé*, Collection Clinique du travail, Érès, p. 7-11.

Clot, Y. et Lhuilier, D. (dir.) (2015). *Perspectives en clinique du travail*, Érès poche, NRP, 272 p.

Clot, Y. (2006). *La fonction psychologique du travail*, Collection Le travail humain, Paris, Puf, 256p.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux au travail,* Paris, La Découverte, 192p.

Clot, Y. et Leplat, J. (2005). « La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail », *Le travail humain*, vol. 68, n° 4, p. 289-316.

Clot, Y. (2008b), « La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie, Éducation permanente », *La formation et la recherche*, n°177, 2008/4, p.67-77

Coct. (2011). « Prévention au Travail et Toxicomanie », *Avis du Comité permanent du Conseil d'orientation sur les conditions de travail*, Ministre du travail, 300911.

Cohen, D. (1994). *Production, promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines, 1988-1993*, Rapport pour la Mission interministérielle recherche et expérimentation (MIRE), Paris.

Collard D. (2012). « Déni du travail et tyrannie des normes », *Travail et emploi* [en ligne], 132, octobre- décembre 2012, p.35-48. Url : http:// travailemploi.revues.org/

Collin, L. (2008) « Mésusage, mais usage », *Psychotropes*, 2008/1 Vol. 14, p.77-99.

Coppel, A. et Bachmann, C. (1989). *Le Dragon domestique*, Paris, Albin Michel, 564p.

Coppel, A. (2002). *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, p.384.

Corcos, M. (2011). *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*, Collection Essais, Albin Michel, 227p.

Cornu, L. (2009). « Normalité, normalisation, normativité : pour une pédagogie critique et inventive », *Le Télémaque,* 2009/2, n° 36, p. 29-44.

Cottereau, A. (1983). « L'usure au travail : interrogation et refoulements », *Le mouvement Social,* n°124, L'usure au Travail, Juil./Sep., Éditions l'Atelier, p. 3-9.

Courpasson, D. et Livian, Y.-F., « Le développement récent de la notion de compétence : glissement sémantique ou idéologique ? », *Gestion des ressources humaines*, n° 1, octobre 1991, p. 3-10.

Courtwight, D. -T. (2008). *De passion à poison, les drogues et la construction du monde* moderne, Collection : Paradis artificiels, Presses universitaires de Laval, 320p.

Couteron, J.-P. (2015). « Les sociétés et les drogues », dans Morel et coll. (dir.) *Aide-mémoire Addictologie*, Dunod, p.12-20.

Coutrot, T. et Molinié, A.-F. (2006). « Des grandes enquêtes vers les indicateurs de santé en entreprise : les « grandes enquête » et les médecins du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, p. 323-327.

Craplet, M., 2005. *A consommer avec modération : alcool et dépendance*, Sciences Humaines, Odile Jacob, 352p.

Crespin, R. (2012). « Entre science, technique et politique. Le dépistage des drogues dans les entreprises américaines », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol.73, p. 485-489.

Crespin, R. (2015). « Le sens des mesures. Usages et circulation des chiffres dans la définition du problème public des drogues au travail », dans Crespin R., Lutz G. et Hautefeuille M. (dir.), *Travail(s) et usages de substances psychoactives*, Psychotropes, De Boeck Supérieur, n°21, 2015/1, p. 53-54.

Crespin R., Lhuilier D. et Lutz G. (2015). « Les fonctions ambivalentes de l'alcool en milieu de travail : bon objet et mauvais objet », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Presse universitaire de Liège, 2015/3, n°107, p. 375-401.

Cru, D. (1987). « Les règles du métier », dans Dejours C., *Plaisir et souffrance dans le travail*. CNRS publications, p 29-34.

Curie, J. et Hajjar, V. (1987). « Vie de travail, vie hors travail, la vie en temps partagé » dans Lévy-Leboyer, C. et Spérandio, J-C. (dir.), *Traité de psychologie du travail*, Paris, Puf, p.37-55.

Curie, J. (2000). *Travail, Personnalisation, Changements sociaux : archives pour les histoires de la psychologie du travail*, Toulouse, Octarès éditions, 554p.

Curie, J., Hajjar, V., Marquié, H. et Roques, M. (1990). « Propositions méthodologiques pour la description du système des activités ». *Le Travail Humain*, n°53-2, p.103-118.

Cuvelier, L. et Caroly, S. (2011). « Transformation du travail, transformation du métier : quels impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°13/1, 24p. (en ligne) Url : http://pistes.revues.org/1732

Daniellou, F. (dir.) (1996). *L'ergonomie en quête de ses principes : débats épistémologiques*, Octarès Éditions, Toulouse, 242 p.

Daniellou, F. (2015). « L'ergonomie, la psychodynamique du travail et les ergodisciplines », entretien avec Gaudart C. et Duarte Rolo, *Travailler* 2015/2, n° 34, p11-29.

Daniellou, F. (2006). « Entre expérimentation réglée et expérience vécue : les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention ». @ctivités 3 (1), p5-18, http://www.activites.org/v3n1/daniellou.pdf

Dares, (2014). « Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe. Une comparaison à travers l'enquête européenne sur les conditions de travail », *Dares Analyses*, n°100, consulté sur : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100.pdf

Darses, F. et De Montmollin, M. (2006), *L'ergonomie*, Paris, La Découverte. Collection Repères, 121 p.

Davezies, P. (1999). « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé ». *Travailler,* 3, Paris, http://philippe.davezies.free.fr

Davezies, P. (2012). « Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 14-2, URL : http:// pistes.revues.org/2566

Davezies, P. et Torres C. (2015). *Lettre ouverte au Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins,* 6p. http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Lettre_ouverte_Ordre.pdf

Davezies, P. (1997). « Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail, perspectives et difficultés », communication au colloque international de psychopathologie et de psychodynamique du travail, Paris, http://philippe.davezies.free.fr

De la Garza, C. et Weill-Fassina A. (1995). « Les modalités de gestion collective des risques

ferroviaires sur des chantiers d'entretien des voies ». *Recherche Transports Sécurité*, n°49, p.73-83.

Dejours, C. (1994). *Le facteur humain*, Que sais-je, Puf, 128p.

Dejours, C. (2010). « La clinique du travail entre vulnérabilité et domination », dans Clot, Y. et coll., *Travail et santé*, Collection Clinique du travail, Toulouse, Erès, p. 125-144.

Dejours, C. (1996). « Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive » dans Clot Y. (dir.), *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluridisciplinaire*, Octarès Éditions, p.182-197.

Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale - De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Collection Essais, Bayard éditions (1ère édition1980), Paris, 298p.

Dejours, C. (2003). *L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de* l'évaluation, Paris, Collection : Sciences en questions, Inra, 84p.

Dejours, C. (2004). « Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? », *Travailler*, 2004/1, n° 11, p. 25-40.

Dejours, C. (2010). « Souffrance au travail : jusqu'où ? », *Actes de la conférence*, Ligue des Droits de l'Homme de la Gironde, Université de Bordeaux2, 1er octobre 2010, Bordeaux.

Dejours, C., Burlot, A. (1985). « Contribution de la psychopathologie du travail à l'étude de l'alcoolisme » dans Dejours, C., Veil, C. et Wisner, A. (dir.), *Psychopathologie du travail,* Paris*,* Entreprise moderne d'édition*,* p.105-111.

Dejours, C., Dessors, D. et Molinier, P. (1994). « Pour comprendre la résistance au changement ». *Documents pour le médecin du travail*, n°58, Éd. Inrs, Ministère du Travail - Direction des Relations du Travail. p. 112-117.

Dejours, C. et Molinier, P. (1994). Le travail comme énigme. *Sociologie du travail*, HS/94, p.35-44.

Dejours, C. (1993), Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel, Comprendre le travail, *Éducation permanente*, 116, p.131-156.

Dejours, C. (dir.) (2010). *Observations cliniques en psychopathologies du travail*, Collection Souffrance et théorie, Puf, 162p.

Delory-Momberger, C. (2012). « Préface » dans Niewiadomski C., *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le sujet contemporain*, Collection : Sociologie clinique, Érès, 218p.

Demaegdt, C. et Rolo, D. (2013). « Dire ce à quoi l'on tient dans le travail. Enjeux éthiques du travail de soin psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2013/1, n° 15, p. 305-316.

Demetrio, B. (1994). « L'ivresse et la solitude une pathologie de la rencontre » dans Pélicier Y., Les ivresses, L'Esprit du temps, Psychologie, p.229-258.

Demortière, G., Michaud, P., Dewost P. (2005). « Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge », *Document du médecin du travail*, Inrs.

Derrida, J. (1972). *La Dissémination (La pharmacie de Platon)*, Collection Tel Quel, Seuil, 416 p.

Derriennic F., Vezina M. (dir.), (2001). « Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques », *Travailler,* 2001/ 1, n° 5, p. 7-22.

Dessors, D. (2009). *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail. Méthodologie de l'action*, Erès, Clinique du travail, 262p.

Devetter, F.-X. (2008). « Travailler au-delà de 48 heures par semaine », *Travail et emploi*, n°114, p59-70.

Devos, V. et Taskin, L. (2005). « Gestion par les compétences et nouvelles formes d'organisation du temps et de l'espace », *Revue française de gestion* 2005/3, n°156, p. 93-104.

Dgt (2008). « Circulaire 2008/22 du 19 novembre 2008 relative aux chartes éthiques , dispositifs d'alerte professionnelle et au règlement intérieur ».

Drtefp des Pays de la Loire (2008). « Alcool, tabac, drogue sur les lieux de travail : État du droit du travail », Leduc A., Directeur adjoint - Cellule « Appui Ressources Méthodes ».

Dujarier, M.-A. (2010). « L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer », *Cahiers internationaux de sociologie,* 2010/1, n° 128-129, p. 135-159.

Dujarier, M.-A. (2010). « Qu'est-ce qui m'arrive au travail ? Actualité de la recherche-action clinique » dans Yves Clot et coll., *Agir en clinique du travail*, Collection Clinique du travail, Erès, p. 83-93.

Dumez, H. (2011). « Faire une revue de littérature : pourquoi et comment ? » *Le Libellio d'Aegis*, n°7, 2 - Été, p.15-27.

Duprez, J.-M., Pagès, M., Bonetti, M., De Gaulejac, V. et Descendre D. (1982). « L'emprise de l'organisation », *Revue française de sociologie*, 23-2. p. 316-321.

Durand, E., Gayet, C. et Bijaoui, A. (2004). « Dépistage des substances psychoactives », *Document du médecin du travail*, n°99, Inrs, p.301-14.

Durand, E. (2008). Addictions et travail : quel enjeu pour les services de santé au travail ?, *Santé Publique,* HS, vol. 20, p. 151-160.

Durand, E. (2006). « Médicaments psychotropes et travail (I) : traitements de substitution aux opiacés », *Document du médecin du travail*, 108, Inrs, p.441-60.

Durand, E. (2006). « Médicaments psychotropes et travail (II) : médicaments antidépresseurs. », *Document du médecin du travail*, 112, Inrs, p.487-508.

Dussurgey, M. (2014). *Les psychostimulants, entre médicaments et dopants*, thèse de Doctorat en pharmacie, Université Claude Bernard, Lyon 1.

Ehrenberg, A. (dir.) (1998). *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Éd. Esprit, 264p.

Ehrenberg, A. (1991). « Un monde de funambules », dans Ehrenberg, A. (dir.), *Individus sous influence*, Paris, Éditions Esprit, p. 5-28.

Ehrenberg, A. (2000). *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Collection Essai société, Odile Jacob, 414p.

Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, coll. « Essai société », 351p.

Ehrenberg, A. (1999). *Le culte de la performance*, Odile Jacob, 323p.

Ensp (2007). « De la prévention des conduites addictives en milieu professionnel au plan santé et travail », *Module interprofessionnel de santé publique*, groupe 27, 36p.

Escohotado, A. (1998). *Ivresses dans l'histoire.* Paris, L'Esprit frappeur, 93p.

Escriva, J.-P. (2015). « Le dopage comme production de la démesure de l'institution sportive », *Revue du Mauss*, n° 46, 2015/2, p. 140-152.

Escriva, J.-P. (2001). « Sport et dopages : une lecture sociologique », *Revue Toxibase*, n°3, Septembre 2001, p. 1-15.

Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Hors collection, Puf, 128p

Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société*, Ethnologies Controverses, Puf, 156p.

Faïta, D. (1997). « La conduite du TGV : exercices de styles », *Champ visuel*, n°*6*, p.75-86.

Falzon, P. (1994). « Les activités métafonctionnelles et leur assistance », *Le Travail Humain,* 57*,* p.1-24.

Falzon, P. (2004). « Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. » Dans Falzon P. (dir.), *Ergonomie,* Paris, Puf. p. 17-35.

Faverge, J.-M. (1972). « L'analyse du travail », dans Reuchlin M. dir., *Traité de Psychologie Appliquée*, Paris, PUF, tome 3, p.7-60

Favre, A., Laure, P. (2002). « Conduites dopantes : à quoi s'engage-t-on ? », *Psychotropes*, 2002/3, Vol. 8, De Boeck Supérieur, p. 23-29.

Felio, C. (2015). « Les stratégies de déconnexion des cadres équipés en TIC mobiles », *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2015/1, n° 19, p. 241-254.

Ferenczi, S., (1985). *Sur les addictions,* Petite Bibliothèque, Payot, (1ère Éd. 1968), 109 p.

Fernandez, G. (2009). *Soigner le travail. Itinéraires d'un médecin du travail,* Erès, Clinique du travail, 254p.

Ffa (2016). *Rapport d'orientation et de recommandations de la commission d'audition publique pour la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux drogues*. 19p http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf

Fillaut, T., Nahoum-Grappe, V. et Tsikounas, M. (1999). *Histoire et alcool*, Paris, Collection Logiques sociales, L'Harmattan, 224p.

Fontaine, A. et coll. (2004). « Drogues et travail, le new deal », *Toxibase*, 45p.

Fontaine, A. (2006). *Double vie, les drogues et le travail*, Paris, Synthélabo/Le Seuil, coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 218p.

Fontaine, B. (2000). « Les réactions des médecins du travail », Actes du colloque : Médicaments et aptitude à la conduite automobile, *La prévention Routière*, 30 octobre 2000.

Fontaine, A., Fontana, C. (2004). « Usages de drogues (licites, illicites) et adaptation sociale », *Psychotropes*, 2/2004, vol. 10, p. 7-18.

Fortané, N. (2014). « La (les) trajectoire(s) du changement. La naissance de l'addictologie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 205, p.42-57

Fortané, N., (2010)« La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, n° 78, mars 2010, p. 5-25.

Fraysse, D., Kunz, V. et Tumerelle, D. (2006). *Substances addictives et travail. Aide à la décision*, Medisis-Istnf, 79p.

Frimat, P., Nisse, C. (2002). « Conduites addictives en milieu professionnel : aspects réglementaires », *Annales de toxicologie analytique*, vol. 14, n° 1, p. 15-19.

Frotte, P. et Sekera, E. (2009). « Le dopage professionnel », *Dépendances*, n° 37.

Furtos, J. et Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes*, Erès, 357p.

Gaulejac de, V. (2005). *La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Essais, Seuil, 288p.

Gaulejac de, V. (2006). « La part maudite du management : l'idéologie gestionnaire », *Empan* 2006/1, n° 61, p. 30-35.

Gaulejac de, V. (2008a). « La sociologie clinique entre psychanalyse et socioanalyse », *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches, http ://sociologies.revues.org/index1713.html

Gaulejac, V. (2008b). « Approche socioclinique de la souffrance au travail ». *International Review of Sociology*, Revue Internationale de Sociologie, 18, 3, p.433-441.

Gauthier, C. (2016). *Déterminants et significations des conduites d'hypertravail : une approche psychosociale et systémique. Le cas des travailleurs et des travailleuses des secteurs du multimédia et des services informatiques*. Thèse de doctorat en sciences de l'orientation, Université Laval, Québec.

Gauthier, C., Fournier, G. et Almudever, B. (2013). « Les conduites d'hypertravail : proposition d'un modèle d'analyse psychosocial », dans Fournier G., Bourassa B. et Gauthier C. (dir.), *Les dynamiques d'insertion et d'intégration en emploi dans tous leurs états : Événements-clés et enjeux particuliers du cheminement professionnel*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Gauthier, C., Fournier, G. et Almudever, B. (2016). « Genèse et significations des conduites d'hypertravail : enjeux de personnalisation », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2016/2, n° 22, p. 35-50.

Giust Desprairies F (dir.) (2000). *La résistible emprise de la rationalité instrumentale,* Collection Droit et gestion, ESKA, 255p

Goffman E. (1989). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Coll. Le sens commun (1975, 1989), 180p.

Gollac, M. (2012). « Les risques psychosociaux au travail : d'une « question de société » à des questions scientifiques. Introduction », *Travail et Emploi,* La documentation française, [En ligne], vol 129, janvier-mars 2012, URL : http://travailemploi.revues.org/5489.

Gollac, M. et Volkoff, S. (1996). *«* Citius, altius, fortius. L'intensification du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 114, p. 54-67.

Gollac, M. et Volkoff S. (2006). « La santé au travail et ses masques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.163, n° 3, p. 4-17.

Gollac, M. (2005). « L'intensité du travail : formes et effets », *revue économique*, n°2, vol 56, p.195-216.

Golse, A. (2001). « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé » dans Artières, P., Da Silva, E. (dir.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*, Paris, Éditions Kimé, p.271-300.

Green, A. (2013). *Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Anzieu, Rosolato*, Collection Psychanalyse, Les éditions d'Ithaque, 180p.

Groupe Pompidou (2012). *Alcool, drogues et prévention en milieu professionnel : quels enjeux, quels défis pour les gouvernements, l'entreprise et les personnels ?* Conférence, Conseil de l'Europe, 14/15 mai 2012. Déclaration finale.

Guay, M.-H., Prud'homme, L. et Dolbec, A. (2016). « La recherche-action », dans Gauthier B., Bourgeois I. (Dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données (6ème édition)*, Presse de l'université du Québec, 684p.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. et Kergulen, A. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Anact, 318 pages.

Guyot, S., Weill-Fassina, A., Valot, C. et Amalberti, R. (1996). *Gestion des contraintes de travail par les agents de conduite* (Rapport final), Paris, Lepc-Cerma.

Haguenoer, J.-M.**,** Hannothiaux, M.-H., Layahe-Roussel, M.-C., Fontaine, B., Legrand, M.-P., Shirali et coll. (1997). « Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord Pas-de-Calais ». *Bulletin de l'Ordre des médecins*, conseil départemental du Nord, n°80, p.5-11.

Hari (2014). « Pourquoi l'Uruguay légalise le cannabis ? » *Le monde Diplomatique*, Février 2017, p.18-19, https://www.monde-diplomatique.fr/2014/02/HARI/50081

Has (Haute autorité sanitaire) (2014). *Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte.* Rapport d'élaboration.

Hautefeuille, M. (2008). « Le dopage des cadres ou le dopage au quotidien », *L'Information psychiatrique*, Édition John Libbey Eurotext, n°84, p. 827-834.

Hautefeuille, M. (2009). *Dopage et vie quotidienne*, Petite Bibliothèque Payot, Édition Payot et Rivages, 240 p.

Hautefeuille, M. (2007). Les dopés du quotidien. *Travail et Sécurité*, 678, 21-2.

Hautefeuille, M (2011). « Hyperactivité, addictions et perspectives thérapeutiques », *Psychotropes* 2011/2, vol. 17, p.89-97.

Hélardot, V. (2008). « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle » dans Terssac G. de, Saint Martin C. et Thébault C. (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Éditions Octarès, p. 73-84.

Henry, E. (2011). « Nouvelles dynamiques de savoirs et permanence des rapports de pouvoir », *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 4, p. 707-726.

Henry, E., Jouzel, J.-N., Crespin, R. (2008). « Peut-on sortir de la méconnaissance des effets du travail sur la santé ? Quelques pistes de réflexion pour les sciences humaines et sociales », *Cahiers Risques Collectifs et situations de Crise*, Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ? Publication de la MSH-Alpes, Grenoble, n° 9, juin 2008, p. 253-263.

Herzlich, C. (dir.) (1984) *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Collection : Ordres sociaux, Éditions des Archives Contemporaines, 278p.

Herzlich, C., (1984). « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un groupe Balint », *Sciences sociales et santé*, vol 2, n°1, p.11-31.

Hoc, J.-M. (1996). *Supervision et contrôle de processus : la cognition en situation dynamique*. Grenoble, Pug, 207p.

Hubault, F. (dir.). (2005). *Activités, Travail, Ressources Humaines, parle-t-on de la même chose ?* Toulouse, Éditions Octarès, 128p.

Hubault, F. (1996). « De quoi l'ergonomie peut-elle faire l'analyse ? » dans Daniellou, F. (dir.) *L'ergonomie en quête de ses principes*, Toulouse, Octarès Éditions, p.103-140.

Hubault, F. (2015). « Un sujet, mais quel sujet ? La question de la subjectivité en ergonomie », *Travailler,* 2015/2, n° 34, p. 53-74.

Inps-Anpaa (2006). *Approche des problèmes d'addiction en entreprises : enquête auprès de DRH et de dirigeants d'entreprises*, Bva, rapport.

Inrs (2013). *Pratiques addictives en milieu de travail, principes de prévention*, Paris, Ed 6147.

Inrs (2007). *Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider*. Ed 6012.

Inserm (2012). « Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances », *Expertise collective*, Rapport complet, La documentation française, 601p.

Inserm (2003). « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance *». Expertise Collective*., Les éditions de l'Inserm, Paris, 2003, 118p.

Inserm (2010). *Réduction des risques chez les usagers de drogues - Synthèse et recommandations. Expertise Collective*., Les éditions de l'Inserm, Paris, 62 p.

Isaac, H., Kalika, M. (2001). « Organisation, nouvelles technologies et vie privée », *Revue française de gestion*, n° 134, juin-août 2001, p. 101-106

Jamoulle, P. (2013). « Enquête de terrain auprès de professionnels », *Psychotropes*, 2001/3 Vol. 7, p. 11-29.

Jauffret-Roustide, M. (2009). « Un regard sociologique sur les drogues : Décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La Revue Lacanienne*, 2009/3, n° 5, Erès, p.109-118.

Jeannin, J.-P. (2003), *Gérer le risque alcool au travail*. Collection Savoir communiquer, Chronique sociale, 391p.

Jobert, G. (2006). « Chapitre 2. Entre savoirs et surprise, une analyse clinique du travail », dans Cifali, M. et coll., *De la clinique*, De Boeck Supérieur « Perspectives en éducation et formation », p. 29-41.

Jodelet, D. (2006). « Culture et pratiques de santé », *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2006/1, n° 1, p. 219-239.

Jodelet, D. (1989). Folies et représentations sociales, Paris, Puf, 398p.

Jounin, N. (2006). « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger », *Actes de la recherche en sciences sociales,* 2006/5, n° 165, p. 72-91.

Jouzel, J.-N. et Dedieu, N. (2013). « Rendre visible et laisser dans l'ombre. Savoir et ignorance dans les politiques de santé au travail », *Revue française de science politique*, vol. 63, n° 1, p. 29-49.

Kaës, R. (2012). *Le malêtre*. Collections Psychismes, Dunod, 280 p.

Kalika, M. et Romelaer, P. (2006). *Recherche en management et organisation*. Collection Recherche en Gestion, Economica, 663 p.

Kalleberg, A.-L. (2003). « Flexible Firms and Labor Market Segmentation Effects of Workplace Restructuring on Jobs and Workers », *Work and Occupations*, Vol 30, 2, p.154-175, consulté sur : http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0730888403251683

Karam, H. (2016). « La consommation pathogène d'alcool comme idéologie défensive de métier », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2016/1, n° 21, p. 99-110.

Karam, H. (2011). « Le travailleur alcoolique et le système d'évaluation de la performance au travail : une dramaturgie », *Travailler*, n° 25, p. 73-84.

Karazek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working live*. New York: Basic Books, 398.

Karl-Heinrichet, B. et coll. (2005). « L'individualisation du problème du dopage : déficits structuraux dans les discours du dopage », *Staps*, 2005/4, n°70, p.75-87.

Kayser, B., Mauron, A. et Miah, A. (2007). « Current anti-doping policy : a critical appraisal ». *Bmc Med Ethics*, 8, 2.

Kerharo, J., Bouquet, A. (1950). *Sorciers, féticheurs et guérisseurs de la Côte d'Ivoire et Haute-Volta : les hommes, les croyances, les pratiques pharmacopée et thérapeutique*, Paris, Vigot frères, 144p.

Kintz, P. et Mura, P. (dir.) (2011), *Drogues et accidentalité*, EDP sciences, Coll. Profil, 350 p.

Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? (Usages, trafic, politiques)*, Petite bibliothèque Payot, 302p.

Kopp, P. et Fenogli, P. (2000). *Le Coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Ofdt, Paris, septembre 2000.

Kouabenan, D.-R. (2000). « Décision, perception du risque et sécurité », dans Bernaud J-L. et Lemoine C. (dir.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod, p 279-321.

Kristof-Brown, A.-L., Zimmerman, R.-D., Johnson, E.-C. (2005). « Consequences of individuals' fit at work : a meta-analysis of person–job, person–organization, person–group, and person–supervisor fit », *Personnel psychology*, 58, p.281-382.

Labat, L., Dehon, B. et Lhermitte, M. (2004). « Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord- Pas de Calais », *Annales de toxicologie analytique*, vol. 16, n° 4, p. 269-274.

Lalande, A. (2010). « L'addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme,* 2010/2, n° 51, p. 70-73

Lalande, A. (2016). « En quoi la réduction des risques est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ? », dans Ffa (dir.) *Audition publique sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, avril 2016.

Lalande, A. (2016). « Savoirs « profanes » et savoirs « savants » : jeux de miroir dans le cabinet médical », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2016/1 (N° 21), p. 75-84

Lallement, M. (2007). *Le travail. Une sociologie contemporaine*, Paris, Gallimard, 688p.

Lallement, M. (2010). *Le travail sous tension*, Sciences Humaine éditions, coll. « Petite Bibliothèque », 125 p.

Lallement, M. et coll. (2011). « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? ». *Sociologie du Travail*, 53, 1, p.3-36.

Lancry-Hoestland, A. (2016). « Travail : histoire, définition, évolution et division du travail », dans Vallery et coll. (dir.), *Psychologie du travail et des organisations - 110 notions clés,* Coll. Psycho Sup, Dunod, p.417-421.

Lancry-Hoestlandt, A. et Laville, A. (2004). « Chapitre 2. Le Travail » dans Brangier et coll. (dir.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*, (en ligne) hal-00560059, p.43-64

Laure P. (dir.), 2000. *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 448p.

Laure P. (2002). « Les conduites dopantes : une prévention de l'échec ? », *Psychotropes*, 2002/3, Vol. 8, De Boeck supérieur, p. 31-38.

Laure P., 2011/1. « La prévention du dopage et des conduites dopantes : le rocher de Sisyphe », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 5, Puf, p. 159-177.

Laure, P. et Trépos J.-Y., « Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes », *Santé publique*, p.573-584

Le Goff, J.-P. (2000). *Les illusions du management, Pour le retour du bon sens*, Collection Poche, La Découverte, Paris, 168p.

Le Goff, J.-P. (2006). « Évaluation, l'intériorisation des normes ». *Dossier : Reconnaître le travail*, Ceras - revue Projet n°291, Mars 2006, p.67-72.

Le Moigne, J.-L., et Morin, E. (2007). *Intelligence de la complexité : Épistémologie et pragmatique*. *Colloque de Cerisy*, Éditions de l'Aube, Coll. L'Aube essai, 457 p.

Le Moigne, P. (2003). « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviance et Société*, 2003/3 Vol. 27, p.285-296.

Le Nézet O. 2013. « Cannabis », Ofdt, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, p. 214-225.

Lebeau, B. (2002). *La drogue*, Cavalier Bleu Éditions, Collection Idées reçues, 128p.

Leclerc, A., Zins, M., Bugel, I., Chastang, J.-F., David, S., Morcet, J.-F. et Golberg, M. (1994). Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte Gazel (Edf-Gdf). Arch. mal prof, 55, 7, p.509-517.

Leduc, S. et Vallery, G. (2004). « Normalisation des services et travail réel : l'exemple de la prescription de l'accueil en bureau de poste », Communication (en ligne), *Du faire à l'être : vers une normalisation des comportements*, Congrès Self, Genève. p.171-180.

Lefève, C. (2006). « La philosophie du soin », *La matière et l'esprit,* n° 4 « Médecine et philosophie », Université du Mons-Hainaut, p. 25-34.

Legrain (1990) Groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France, Paris, SNIP, 145p.

Lemaître, F. (2015). « L'appropriation du paradigme addictologique à la SNCF : entre réceptions négociées et usages détournés », *Psychotropes* 2015/1, vol. 21, p. 55-76.

Leplat, J. et Cuny, X. (2015). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations - 3e édition: Concepts de base et applications,* 1ère Éd. 1977, Coll. Cursus, A. Colin, 224p.

Leplat, J. et Hoc, J.-M. (1983). « Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations ». *Cahiers de psychologie cognitive*. 3, 1, p.49-63.

Leplat, J. (1985). *Erreur humaine, fiabilité humaine dans le travail,* Paris, Collection U, A. Colin, 197p.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*, Paris, coll. Le Travail Humain, Puf, 256p.

Leplat, J. (2006). « La notion de régulation dans l'analyse de l'activité », *Perspectives* interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 8-1, URL : http://pistes.revues.org/3101

Leplat, J. et Terssac, G. (dir.) (1990) *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes,* Toulouse, Éditions Octarès, 383p.

Lhuilier, D. (2010). « L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail », *Sciences Sociales et Santé*, 28, 2, p.31-63

Lhuilier, D. et Litim, M. (2009). « Le rapport santé-travail en psychologie du travail », *Mouvements*, 58, p.85-96.

Lhuilier, D. et Waser, A.-M. (2016). *Que font 10 millions de malades ?* Toulouse : Éditions Érès, 340 p.

Lhuilier, D. (2006a). « Perspectives et cliniques du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2006/1, n° 1, p. 179-193.

Lhuilier, D. (2006b). *Cliniques du travail*, Toulouse, collection Clinique du travail, Erès, 246p.

Lhuilier, D. (2002). *Placardisés. Des exclus dans l'entreprise*. Édition du Seuil, 237p.

Loriol, M. (2010). « Les conduites dopantes au travail : de l'automédication à l'augmentation ». Congrès d'Addiction Info Suisse, 16 septembre 2010, Lausanne, http://www.addiction-info.ch/fr/themes/contextes-de-vie/entreprises/congres-conduites-dopantes/?0

Loriol, M. (2011). « Pourquoi tout ce stress ? », *Sociologie du travail*, dossier-débat « Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ? », vol. 53, n° 1, p.13-18.

Loriol, M. (2010). « La construction sociale du stress : entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés au travail », *Nouvelle revue de psychosociologie,* 2010/2, n° 10, p. 111-124.

Loriol, M. (2003). « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du *burn out* des infirmières hospitalières », *Travail et emploi*, n° 94 (avril 2003), p. 65-74.

Lowenstein, W. (2016). « La guerre au cannabis est une mauvaise politique », *Science & Santé,* 14.04.2016, http://www.slate.fr/story/116741/cannabis-guerre-mauvaise-politique

Lutz, G. et Cleren, P. (2013). « Mésusages de substances psychoactives en milieu professionnel. III Interaction conduites de consommation/travail. Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou renforcer les consommations de Substances psychoactives », *Alcoologie et addictologie*, vol. 35, n° 3, p. 261-271.

Maggi, B. (1996). « La régulation du processus d'action de travail » dans Cazamian P., Hubault F. et Moulin N. (dir.), *Traité d'ergonomie*, Toulouse, Octarès éditions, p. 637-662.

Magnin, C. et Morel, A. (2015). « Traitements de substitution des opiacés » dans Reynaud, M. (dir.), *Traité d'addictologie*, Traités, Médecine Sciences Publications, 800p.

Maranda, M.-F. (1995). « La psychodynamique du travail, une alternative à l individualisation de la santé mentale au travail », Santé mentale au Québec, vol. 20, n° 2, 1995, p. 219-242

Maranda, M.-F. et coll. (2003). « L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel », *Déviance et Société* 2003/3, vol. 27, p. 269-284.

Maranda, M.-F. (2003). « Conduites dopantes : récits de vie de jeunes travailleurs devenus toxicomanes », *L'individu hypermoderne*. Colloque de l'Association internationale de sociologie de langue française, Réseau sociologie clinique, Paris, p. 122-132.

Maranda, M.-F. et Morisette, P. (2002a). « Problématisation de l'alcool et des drogues en milieu de travail » dans Harrison, D. et Legendre, C. (dir.), *Sciences sociales et santé/sécurité du travail : contribution scientifique et expérience de l'innovation*, Montréal, Presse de l'université de Montréal, p. 79-103.

Maranda, M.-F. et Morissette P. (2002b), « Représentations de la surconsommation de substances psychoactives : logiques d'action d'un réseau d'entraide en milieu de travail », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 15, n° 2, p. 153-168.

Maranda, M.-F. et coll.. (2003). « L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel », *Déviance et société* 2003/3, vol. 27, p. 269-284.

Maranda, M.-F. et Negura L. (2014). « Le dopage au travail » dans Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Seuil, p. 224-225.

Maranda, M.-F., Negura, L. et Carver, Y. (2005). « L'embauche des alcooliques : les attitudes et les représentations des gestionnaires » dans Battistelli, A., Depolo, M., et Fraccaroli, F. *La qualité de la vie au travail dans les années 2000*. Actes du 13e Congrès de Psychologie du Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Maranda, M.-F., Rhéaume, J. et Genest, C. (2006). « Toxicomanie : histoire de vie, histoire de travail, une seule trame » in M. Vézina (dir.), *Enquête de psychodynamique du travail au Québec : espace de réflexion, espace d'action*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 169-172.

Mariné, C. et Navarro, C. (1980). « Rôle de l'organisation informelle du travail en équipe lors d'un dysfonctionnement technique », *Bulletin de Psychologie,* n°344, p. 311-316.

Marquié, H. et Curie, J. (1993). « Nouvelle contribution à l'analyse du système des activités ». *Le Travail Humain*, vol 56-4, p369-379.

Marzano, M. (2004). « Travail compulsif et effacement de la subjectivité : l'hyperactivité comme fuite », *Travailler,* 2004/1, n° 11, p 9-23.

Marzano, M. (2002). « Nouvelles formes d'exploitation », *Cités* 2008/3, n° 35, p. 111-122.

Mauro, F. (2002). Histoire du café, Paris, Collection Outremer, Desjonquères, 252p.

Maxence, J-L. et Trarieux, R. (1998). « Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise », *Toxibase*, 3ème trimestre 1998, 11p.

Meda, D. (2013). *La Mystique de la croissance. Comment s'en libérer*, Flammarion, p.320

Meda, D. (1995). *Le travail, une valeur en voie de disparition ?* Champs Essais, Flammarion, 395p

Médecins du Monde (2013). *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social*. Rapport. [En ligne]

Ménard, C., Demortière, G., Durand, E., Verger, P. et Beck, F. (dir.) (2011). *Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés*. Saint-Denis, Inpes, Études Santé, 192 p.

Merle, P. et Le Beau, B. (2004). « Alcoolisation et alcoolisme au travail. Ethnographie d'un centre de tri postal », *Revue Française de Sociologie*, 1, 45, p.3-36.

Merlin, M. (1984). *On the trail of the ancient opium poppy : natural and early cultural history of papaver somniferum*. Associated University Presses, East Brunswick, 324 p.

Metzger, J.-L. et Cleach, O. (2004). « Le télétravail des cadres entre suractivité et apprentissage des nouvelles temporalités », *Sociologie du travail*, n° 46, p. 433-450.

Michon, F. (2005). « Longues durées de travail, temps flexibles, temps contraints. Les nouveaux enjeux du temps de travail », *La revue de l'I*res, n°49/3, p.9-33.

Mildt (2006). *Conduites addictives et milieu professionnel*, Rapport au Premier Ministre, Plan de lutte contre les drogues illicites, l'alcool et le tabac 2004-2008, Paris, 32p.

Mildt, (2010). *Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales*, Verbatim.

Mildt, Dgt et Inpes (2012). *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, La documentation française.

Mildt (2009)Drogues illicites et risques professionnels. Synthèse du second forum. Bordeaux novembre 2009.

Mildt. (2010). « Drogues illicites et risques professionnels. Assises nationales », *Verbatim*, 25 juin 2010.

Mildt, Association des maires de France et Ministère de la Ville (2011). Les collectivités territoriales face aux conduites addictives.

Mildt et Dgt. (2012). *Guide : Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*, La Documentation Française, 16 janvier, 72p.

Milner, M. (2000). *L'Imaginaire des drogues*. *Connaissance de l'Inconscient, de Thomas de Quincey à Henri Michaux,* Gallimard, 457p.

Mintzberg, H. (2004). *Le management. Voyage au centre des organisations*. Éditions d'organisation. (1ère Éd. 1998), 703p.

Missa, J.-N., « Dopage, médecine d'amélioration et avenir du sport », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1/2011 (N° 5), p. 35-83.

Molimard, R. (2003). *La fume. Smoking*, Éd. Sides, 262p.

Molinié, A.-F., Gaudart, C. et Pueyo, V. (2012). *La vie professionnelle. Âge, expérience,* santé à l'épreuve des conditions de travail. Collection Travail et Activité humaine, Octarès Éditions. Toulouse, 358p.

Molinier, P. (2002). « Souffrance et théorie de l'action », *Travailler*, 2002/1, n° 7, p 131-146.

Molinier, P. et Flottes, A. (2012). « Travail et santé mentale : approches cliniques ». *Travail et Emploi,* 129, janvier-mars 2012, p.51-66, Url : URL : http://travailemploi.revues.org/5547

Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Petite bibliothèque, Payot, 331p.

Molinier, P. (2010). « L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care », *in* Yves Clot *et al.*, *Agir en clinique du travail*, ERES « Clinique du travail », p. 157-167

Molinier, P. (2010). « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », Nouvelle revue de psychosociologie, 2010/2, n° 10, p. 99-110.

Monjauze, M. (1991). *La problématique alcoolique*, Paris, Dunod, 256p.

Monneuse, D. (2013). Le surprésentéisme. Travailler malgré la maladie, Collection Méthodes et Recherches, Bruxelles, De Boeck, 120p.

Montmollin, M. de (dir.) (1995). *Vocabulaire de l'ergonomie*. Octarès Éd. Toulouse, 289p.

Montmollin, M. de (1984). *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*. Berne, Collection Sciences pour la communication. Vol. 8 Peter Lang. 183p.

Morel, A. (2015). *Les effets des drogues sur l'individu,* dans Morel et coll. (dir.) *Aide-mémoire Addictologie*, Dunod, p.52-60.

Morel, A. et Couteron, J.-P. (2008). *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris, Éd. Dunod, 336p.

Morel, A., Fontaine, B. et Hervé, F. (2003). *Soigner les toxicomanes*, 2e éd., Paris, Dunod, 328p.

Morel, P. (2006). « Prévention des conduites addictives en entreprise : expérience dans l'industrie automobile ». Actes du 29e congrès national de médecine et santé au travail. Arch. Mal Prof Env.

Mtefd (Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social). (2015). *Plan Gouvernemental Santé au Travail 2016-2020 (PST3)*, adopté le 8 décembre 2015, 74p.

Mura, P. (2002). « Cannabis sativa var. indica : une menace croissante pour les entreprises », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, p.64-67.

Musselin, C., Paradeise, C., Callon, M., Eymard-Duvernay, F., Gadrey J et Karpik, L. (2002), « La qualité », Dossier-Débat, *Sociologie du travail*, vol. 44, n° 2, p. 255–287.

Nahoum-Grappe, V. (2010). V*ertige de l'ivresse. Alcool et lien social*. Paris, Descartes et Cie, 252p.

Neboit, M. et Vézina, M. (2002) (dir.). *Stress au travail et santé psychique*. Octarès Éditions, 310p.

Negura, L., Maranda, M.-F. et Genest, C. (2012) « La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail : l'impératif d'adapter les services aux causes réelles. » dans Landry, M., Brochu, S. et Patenaude, C. (dir.) *L'intégration des services en toxicomanie*, Québec, Les Presses de l'Université Laval. Coll. Toxicomanies, p. 199-225.

Negura, L. et Maranda, M.-F. (2004). « L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes : étude des représentations sociales des gestionnaires d'entreprise ». *Recherches sociographiques*, XLV(1), p.129-145.

Ngo Nguene, M.-R. (2015). « Les formes différenciées d'usages de produits psychoactifs au travail : les cas des bars-restaurants et des chantiers du bâtiment », dans Crespin R., Lutz G. Hautefeuille M. (dir.), *Travail(s) et usages de substances psychoactives*, Revue Psychotropes, De Boeck Supérieur, n°21, 2015/1, p.77-95.

Ngoundo-Mbongue, T.-B., Niezborala, M., Sulem, P., Briant-Vincens, D., Bancarel, Y., Jansou, P., Chastan, E., Montastruc, J.-L. et Lapeyre-Mestre, M. (2005). « Psychoactive drug consumption : performance-enhancing behaviour and pharmacodependence », *Workers. Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2005 Feb; 14, 2, p.81-89.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le* Sujet *contemporain,* Collection Sociologie clinique, Erès, 280p.

Norbert, E. (1975), *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy (rééd. 1991), 320p.

Normand, A. et Palmowski, A. (2013). *Dopage des étudiants en Pharmacie*, Tours, http://unt-ori2.crihan.fr/unspf/Concours/2013_Tours_Normand_Palmowski_Dopage/co/etat_des_lieux.html

Notebaert, J.-F. et Le Pogam, M.-A. (2006). « Les flamboyants et les individus par défaut pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? », *Management & Avenir*, 2006/3 n° 9, p45-64.

Nourrisson, D. (1999). *Histoire sociale du tabac*, Paris, Éd. Christian, 200p.

Oddone, I., Rey, A., et Briante, G., (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*, Paris, Éd. Sociales, 252p.

Oedt (2009). *Rapport annuel 2009. État du phénomène de la drogue en Europe*, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne,

Oedt (2012). *Rapport annuel 2012 : état du phénomène de la drogue en Europe*. Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.

Ofdt (2008). *Rapport Trend 2008.* http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxaco2.pdf.

Ofdt (2010). *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif Trend*. Rapport, février 2010

Ofdt (2013). *Drogues, Chiffres clefs*. Exploitation des Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes, (En ligne) juin 2013. http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments psychotropes/

Ofdt (2005). *Drogues et dépendances, données essentielles*. Rapport Ofdt.

Ofdt (2015). *Impact des consommations de substances psychoactives sur le travail : le regard des dirigeants, des responsables RH et des représentants du personnel/syndicats*, Analyse d'un sondage BVA / MILDECA / SIG, note de synthèse, 6 p.

Ombredane, A. et Faverge J.-M. (1955). *L'analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité*, Paris, Puf.

Omnès, C. (2009). « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, vol. 56, n° 1, p. 61-82.

Omnès, C., Pitti, L. (dir.) (2009). *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention. La France au regard des pays voisins*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 262 p.

Osty, F. et Dahan-Seltzer, G. (2006). « Le pari du métier face à l'anomie », *Nouvelle revue de* psychosociologie, 2006/2, n°2, p.91-106.

Outaghzafte-El Magrouti, F. (2006). «Un métier pour les durs. Entretien avec une chef de service pénitentiaire », *Travailler,* nº 16, p. 97-110.

Pagès, M., Gaulejac, (de) V., Bonetti, M. et Descendre, D. (2009). *L'emprise de l'organisation* (1ère éd. 1979), Paris, Desclée de Brouwer 300p.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3ème édition)*, Collection U, Armand Colin, 424p.

Palle, C. (2015). « Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel ». *Note Ofdt,* 2015-05 Saint-Denis, le 08 octobre 2015.

Parquet, P.-J. (1998). *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance*, Paris, Mildt, Collection Dossiers techniques, Cfes,

Peele, S. (1983). « La dépendance à l'égard d'une expérience », *Psychotropes*, vol. 1/1, p. 80-84.

Peele, S. (1998). *The Meaning of Addiction*, 1ère éd. 1985, San Francisco, Jossey-Bass, 228p.

Penneau-Fontbonne, D. et coll. (2006). « Conduites addictives et milieu de travail » dans Reynaud M. (dir.*) Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, Coll. Médecine-sciences, p. 163-174.

Peretti-Watel, P., Beck, F. et Legleye, S. (2007). *Les Usages sociaux des drogues*, Paris, collection Le lien social, Puf, 226p.

Peretti-Watel, P. (2010). « Morale, stigmate et prévention : la prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora Débats/jeunesses*, n° 56, p. 73-85.

Peretti-Watel, P. (2003). « Risque et innovation : un point de vue sociologique », *Innovations*, 2003/2, n°18, p. 59-72.

Peretti-Watel, P. (2004). « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004/1, vol. 45, p.103-132.

Périlleux, T. (2001). *Les tensions de la flexibilité*, Paris, Desclée de Brouwer, 180p.

Peyrat, D. (2003). *Éloge de la sécurité*, Paris, Gallimard, p. 65.

Pharo, P. (2007). *Plaisir et intempérance : anthropologie morale de l'addiction*, Mildt/Inserm

Pierret, J. (2008). « Entre santé et expérience de la maladie », *Psychotropes* 2008/2, vol. 14, p. 47-59.

Pierret, J. (1984). « Les significations sociales de la santé. Paris, l'Essonne, l'Hérault », dans Augé, M., Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, p.217-256

Préau, M. et coll. (2009). « La rupture de confiance envers le médecin auprès de patients infectés par le vih : quels déterminants psychosociaux ? », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale,* 2009/2, n°82, p. 145-167.

Prévot, E. (2007). « Alcool et sociabilité militaire : de la cohésion au contrôle, de l'intégration à l'exclusion », *Travailler*, vol. 18, n° 2, p. 159-181.

Rabardel, P. (2005). Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir. In p. Rabardel, & p. Pastré (dir.), modèles du sujet pour la conception (pp. 11-30). Toulouse: octarès editions

Rappoport, R.-N. (1973). « The three dilemnas in action-research ». 23, 1968, trad. Fr. in Veil C., *Hygiène mentale du travail*, Connexions, Paris, Lefrançois, 1964, p. 113-131.

Raybois, M. (2010). « Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2010/2, n° 10, p. 71-81.

Reason, J. (1993). *L'erreur humaine*, 1ère éd. en anglais 1990, Collection Le travail humain, Puf, 366p.

Redonnet B. (2010). *Consommation de drogues illicites en milieu professionnel : état des lieux des connaissances et des recherches menées en France*, note de synthèse, Ofdt, 13p.

Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*, Paris, La découverte, 420p.

Reynaud, M. et Coll. (2002). *Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. Rapport au Directeur Général de la Santé, Paris, La Documentation française, 278 p.

Reynaud, M. (2006). « Quelques éléments pour une approche commune des addictions » dans Reynaud M. (dir.*) Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, Coll. Médecine-sciences.

Reynaud, M., Ardwindson, P. et Beck, F. (2013). *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Rapport pour la Mildt, 108 p.

Reynaud, M., Parquet, P. et Lagrue P. (1999). *Les pratiques addictives : usages, usages nocifs et dépendances aux substances psychoactives*. Rapport au Directeur Général de la Santé, Paris, Dgs, 169 p.

Rezvani, A. (2012). *L'addiction au travail. Le travail : du plaisir à la souffrance*, Université de Nantes, faculté de médecine. Thèse DES Psychiatrie.

Rhéaume, J. (2006). « L'hyperactivité au travail : l'héroïsme perverti ? », dans Institut de psychodynamique du travail du Québec, dir., *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Rhéaume, J. (2009). « Sociologie clinique de la souffrance au travail : du psychique au social », dans Périlleux T et coll., *Destins politiques de la souffrance*, Erès, collection « Sociologie clinique », p. 139-158.

Rogalski, J. et Marquié, J.-C. (2004). « Évolution des compétences et des performances », dans Hoc J.-M. et coll., *Psychologie ergonomique : tendances actuelles*, Puf, collection Le Travail humain, p. 141-173.

Rogalski, J. et Durey, A. (2004). « Compétences, savoirs de références et outils cognitifs opératifs » dans Pastré P. et Samurçay R. (dir.), *Recherches en didactique professionnelle,*

Toulouse, Éditions Octarès, p.109-136

Roger, L., Jorro, A. et Mauban,t P. (2014). « De l'expérience formatrice à l'expérience apprenante : genèse et perspectives pour une mise en récit d'un processus de professionnalisation », *Éducation et socialisation*, n°35,. Url : http://edso.revues.org/675

Roques, B. (dir.) (1998). *La Dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob, 316p.

Rosa, H. (2010). *Accélération. Une critique social du temps*, 1ère Éd. 2005, La découverte, 480p.

Rosenzweig, M. (1998). *Les Drogues dans l'histoire : entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*, Paris, Bruxelles, Coll. Comprendre, De Boeck, 198p.

Rosenzweig, M. (2008). *Drogues et civilisations, une alliance ancestrale, de la guerre à la pacification*, Bruxelles, Coll. Comprendre, De Boeck, 224p.

Rubin, V. (1975). *Cannabis and Culture*, World Anthropology, Walter de Gruyter, 612p.

Saint-Germain, C. (2005). *Paxil blues. Antidépresseurs : la société sous influence*, Collection Essais et Documents, Éditions du Boréal.

Saint-Onge, J.-C. (2005). *L'envers de la pilule*, Montréal, Éditions Écosociété, 310p.

Samotrace (2009), Invs, « Bulletin épidémiologique hebdomadaire », 09 juin 2009, n°25-26, http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/25_26/beh_25_26_2009.pdf

Samurçay, R. et Rabardel P. (2004). « Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences : propositions », dans Pastré P. et Samurçay R. dir., *Recherches en didactique professionnelle,* Toulouse, Éditions Octarès, p. 163-180

Sandoff, M., Widell, G. (2008). « Coping at Work. With Freedom or with Docility? A Model Developed with Examples from Risky Work Places », *Journal of Human Values*, 14:2, p.157-168. Consulté sur : http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/097168580801400206.

Sarnin, P. et coll. (2012). « Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée », *Bulletin de psychologie,,* 2012/3 (Numéro 519), p. 251-261.

Sarnin, P., Caroly, S. et Douillet, P. (2011). « Contre les « risques psychosociaux » : quels débats sur l'activité ? », *Le Travail Humain*, Vol. 74, n°4, p.309-320.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse, Éditions Octarès, 776p.

Schwartz, Y. (2007). « Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. », *@ctivités*, (en ligne) 4/2, p. 122- 133, http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf

Schwartz, Y. (2008). « Trajectoire ergologique et genèse du concept d'usage de soi » entretien avec Mencacci C., *Informática Na Educação: teoria & prática Porto Alegre*, v.11, n.1, jan./jun. 2008.

Schwartz, Y. (2010). « Quel sujet pour quelle expérience ? », *Travail et Apprentissage*, n° 6, Éditions Raisons et Passions, Dijon, p.11-24

Servant, D. et Sobaszek, A. (2001). « Trouble de l'adaptation et vie professionnelle » dans Graziani, P., Hautekèete, M., Rusinek, S. et Servant, D. (dir.), *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation,* Paris, Collection Médecine et psychothérapie, Masson, 203p.

Sfa (2001). « Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Recommandations pour la pratique clinique « , *Alcoologie et Addictologie,* 23, 4, Url : https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf

Sfa, Snmt (2013). *Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives (SPA) susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel*. Texte court des recommandations. Consultable : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2027

Sfa, Anpa, Société de Médecine du Travail d'Aquitaine. (2000). *L'alcool et le travail*, Arcachon, 12 mai 2000, *Alcoologie et Addictologie*, 22, (suppl. 4), 56p.

Spérandio, J.-C. (1980). La psychologie en ergonomie. Paris : PUF, coll. Le psychologue.

Stiegler, B. (2007). « Questions de pharmacologie générale. Il n'y a pas de simple pharmakon », *Psychotropes*, 2007/3 Vol. 13, p.27-54.

Sueur, C. (2004). « Éduquer le toxicomane », *Psychotropes,* 2004/2, vol. 10, p. 47-79.

Suissa, A.-J. (2008). « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », Psychotropes, 2008/2 Vol. 14, p.61-80.

Sumer (1994, 2003, 2010), Dares, http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition

Sznelwar, L.-I. (2009). « L'approche ergonomique des questions santé / travail », *Mouvements* 2009/2, n° 58, p. 97-102.

Sznelwar, L.-I. et François H. (2015). « Un sujet, mais quel sujet ? La question de la subjectivité en ergonomie », *Travailler* 2015/2 (n° 34), p. 53-74.

Taïeb, O. (2011). *Les histoires des toxicomanes. Récits et identités dans les addictions*., Collection Le fil rouge, Puf, 392p.

Terssac G. de et coll. (dir.) (2008). *La précarité: une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Éditions Octarès, p. 29-40.

Terssac G. de (2012). « Autonomie et travail » dans Bevort A., Jobert A., Lallement M. et Mias A., dir., *Dictionnaire du travail*, Puf, collection Quadrige, 864p.

Therrien, A. (2009). *Réfléchir sa trajectoire de vie. Repenser la prévention des conduites addictives*, Lyon, Coll. Comprendre les personnes, Chronique sociale, 190p.

Thoër, C., Pierret, J., et Lévy, J.-J. (2008). « Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical », *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 1, p. 19-54. Url : http://id.erudit.org/iderudit/019618ar

Tosquelles, F. (2012). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, 1ère édition 2009, Erès, 168 p

Trépos, J.-Y. (2002). « Conduites dopantes », *Psychotropes*, 2002/3, Vol. 8, p.5-7.

Trice, H.-M., Sonnenstuhl, W.-J. (1990). « On the construction of drinking norms in work organizations ». *Journal of Studies on Alcohol,* 51, p.201-220

Trichard, A., Danel, T. et Sobaszek, A. (2005). « Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers ». *Alcoologie et Addictologie,* 27, 4, p.303-308.

Truchot, D. (2004)., *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Paris, Collection Psycho Sup, Dunod, 265p.

Ughetto, P. (2015). « La flexibilité » dans Vallery et coll. (dir.), *Psychologie du travail et des organisations - 110 notions clés,* Coll. Psycho Sup, Dunod, p.206-209

Urribari, F. (2013). « Introduction », dans Green A., *Penser la psychanalyse avec Bion, Lacan, Winnicott, Laplanche, Aulagnier, Anzieu, Rosolato.* Les éditions d'Ithaque, 180 p.

Vallas, S.-P. (1999). « Rethinking post-Fordism: The meaning of workplace flexibility ». *Sociological Theory*, 17, 1, p.68-101

Vallery, G. et Amalberti, R. (dir.) (2006). *L'analyse du travail en perspectives : influences et évolutions*, Collection Le travail en débat, Éditions Octarès, 247p.

Valot, C. (1996). « Gestion du temps, gestion du risque », dans J.-M. Cellier et coll. (dir.), *La gestion du temps dans les environnements dynamiques,* Paris, Puf, p. 244-265.

Van Elslande, P., et Malaterre, G. (1996). Chercher l'erreur dans l'accident. In B. Cambon de Lavalette & M. Neboit (Éd.), *L'erreur humaine : question de points de vue ?*, Toulouse, Éditions Octarès, p.49-66.

Vannereau, J. (2011). « L'invention managériale : une compétence cardinale pour les situations organisationnelles complexes », *Revue de Psychologie du travail et des Organisations*, Epto, vol 17, p.186-208.

Veil, C. (2012). *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*, Erès, Collection Clinique du travail, 352 p.

Véléa, D. (2003) « Stress et addiction : usage des psychostimulants et des drogues dans les situations de stress », dans Thurin, J.-M. et Baumann, N., *Stress, pathologie et immunité*, Paris, Flammarion Médecine-science, p.211-221.

Véléa, D. (2005). « Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques », *Psychotropes*, 2005/3, vol. 11, p. 65-84

Vercamer, F. (2013). « Addictions pendant le travail ». *Avis*, Commission des affaires sociales sur le projet de Loi de finances pour 2014. Tome VI. Travail et emploi. 10 octobre 2013. http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2014/a1432-tVI.asp

Verdon, J. (2002). *Boire au Moyen Âge*, Paris, Collection Pour l'histoire, Perrin, p.313

Vian, D. et Hoffmann, J. (2010). « Stratégie de l'innovation : une perspective systémique », *L'Expansion Management Review,* 2010/1, n° 136, p. 99-107.

Vigarello, G. (1999) « Le sport dopé », *Esprit,* n°1, p.75-91

Vigarello, G. (2000). *Passion sport*, Paris, Textuel, 192p.

Volkoff, S. (2008). « L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé » in Terssac, G. de, Saint-Martin, C. et Thébault, C. La *précarité: une relation entre travail, organisation et santé*, Éditions Octarès, Toulouse, p. 29-40.

Volkoff, S. (2008). « La recherche et l'action en santé au travail » Idées ancrées et nouveaux obstacles, Revue Française des Affaires sociales, 2008/2 n° 2-3, p. 13-17.

Volkoff, S. (dir.) (2005) *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Éditions Octarès, 244 p.

Vuillaume, D. (2016). « Entre toxicomanie et addiction, l'impossible assimilation de l'alcool à une drogue. Commentaire », *Sciences sociales et santé,* 2016/1 (vol. 34), p. 103-110

Wisner, A. (1972). *Le diagnostic en ergonomie ou le choix des modèles opérants en situation de travail*, Paris, Laboratoire de physiologie du travail et d'ergonomie du Cnap, rapport n° 28.

Yvon, F. et Clot, Y. (2001). « Le travail en moins. Une approche psychologique de l'activité », *Cités,* 2001/4, n° 8, p. 63-73.

Yvorel, J. (1992). *Les Poisons de l'esprit : drogues et drogués au XIX^e^ siècle*, Paris, Collection histoire, Quai Voltaire, 320p.

Zarifian, E. (1996). *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France*, Paris, Odile Jacob, 366p.

Zarifian, E. (1996). *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Odile Jacob, 276p.

Zarifian, P. (1998). « Le travail sous l'emprise de la gestion », *Travailler*, n°1, p. 41-54.

Zola, I.-K. (1981). « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation », dans Bozzini, L., Renaud, M., Gaucher, D. et LLambias-Wolff, J. (dir.), *Médecine et Société. Les années 80,* 1ère Édi. 1977, Québec, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, p.31-51

Sites web consultés

Sites et revues spécialisées en Sciences humaines et sociales et en santé mentale

Activités	http://activites.revues.org
Cairn	http://www.cairn.info
Erudit	https://www.erudit.org/fr/
HAL	https://hal.archives-ouvertes.fr
Pistes	https://pistes.revues.org
Rizhome	http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome-782.html

Sites généralistes et institutionnels

20minutes.fr
http://www.20minutes.fr/sante/1391309-20140602-bac-2014-nouveaux-produits-dopants-etudiants
agence mondiale antidopage (wada-ama.org)
http://list.wada-ama.org/fr/list/s6-stimulants/
ansm.sante.fr (Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé)
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf
assemblée-nationale.fr
http://www.assemblee-nationale.fr/14/budget/plf2014/a1432-tVI.asp
autoritédelaconcurrence.fr
http://www.autoritedelaconcurrence.fr/user/standard.php?id_rub=591&id_article=2292
ccne-ethique.fr
http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/consentement-eclaire-et-information-des-personnes-qui-se-pretent-des-actes-de-soin-ou#.WJ3MrhRCPPQ
cirddalsace.fr
http://www.cirddalsace.fr
has-sante.fr
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/stilnox_reeval_ri_avis1_ct11444_ct13218.pdf
invs.santepubliquefrance.fr
http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Publications

iso.org
http://www.iso.org/iso/fr/home/standards.htm
larousse.fr
http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail_travaux/79284
http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail_travaux/79284#yZbFQ97d5QUkaRkU.99
ladocumentationfrançaise.fr
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000416.pdf
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000039.pdf
legifrance.fr
lemonde.fr
http://www.lemonde.fr/sciences/article/2015/08/24/les-carabins-dopes-aux-stimulants_4735345_1650684.html
http://www.lemonde.fr/tennis/article/2016/03/08/dopage-maria-sharapova-derniere-victime-de-l-epidemie-de-meldonium_4878436_1616659.html
monde-diplomatique.fr
https://www.monde-diplomatique.fr/2014/02/HARI/50081

legifrance.gouv.fr
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

littre.org
http://www.littre.org/definition/travail
ofdt.fr
http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/rapoedt2008.pdf?bcsi_scan_9825C54B428CE2DA= 0 & bcsi_scan_filename = rapoedt2008.pdf.
http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/
http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/
http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/
http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/impact-des-consommations-de-substances-psychoactives-sur-le-travail-le-regard-des-dirigeants-des-responsables-rh-et-des-represen/
http://www.ofdt.fr/index.php?cID=686
http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/synthese-revue-de-litterature-addictions-en-milieu-professionnel/
onu (unodc.org)
https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf
https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf
https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf
self.org
http://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/01/congres-self-2004-geneve-2-faire-etre-normalisation-comportements.pdf
senat.fr
http://www.senat.fr/rap/r10-699-1/r10-699-11.pdf.
tennisActu.net
http://www.tennisactu.net/news-dopage-les-ventes-du-meldonium-ont-double-en-russie-52793.html

Annexes

Annexe 1 : Activités de recherche du projet Prevdrog-pro

Tâches \ Nombre de mois	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
T0 – Coordination projet et suivi/ terrains *Gladys Lutz*															
T1 - Investigation / littérature internationale *Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
T2 - Conduite entretiens individuels *Dominique Lhuilier, Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
T3 – Animation des comités de pilotage *Dominique Lhuilier, Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
T4 – Animation groupes de prévention *Dominique Lhuilier et Gladys Lutz*															
T5 – Collecte des traces des dépistages *Renaud Crespin*															
T6 – Traitement des données *Dominique Lhuilier, Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
T7 - Analyse données et rédaction livrables *Dominique Lhuilier, Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
T8 - Réunion équipe recherche *Dominique Lhuilier, Gladys Lutz et Renaud Crespin*															
Livrables*			**1**		**2**		**3**						**5**		**4**

***Les livrables**

Livrable	Intitulé et nature des livrables et des jalons *(Contact MILDT : Mme Florence Lafay-Dufour)*	Livraison	Responsable du livrable
1	Rapport intermédiaire sur l'avancement des travaux	Juillet 2012	Gladys Lutz
2	Synthèse des connaissances internationales sur le dépistage et les mésusages professionnels de PSYCHOTROPES	Mars 2013	Gladys Lutz
3	Rapport intermédiaire sur l'avancement des travaux, présentation des résultats déjà acquis	Mai 2013	Dominique Lhuilier Renaud Crespin Gladys Lutz
4	Rapport final, présentation des résultats	Octobre 2014	Dominique Lhuilier Renaud Crespin Gladys Lutz
5	Valorisation des travaux: 1er congrès « Travail, santé, et usages de substances psychoactives » (7-8 avril 2014) ; articles et colloques	A partir d'avril 2014 et au-delà	Dominique Lhuilier Renaud Crespin Gladys Lutz

Annexe 2 : Valorisation de la recherche Prevdrog-pro

Communications émanant du projet

Dominique Lhuilier, « Transformer le travail, préserver sa santé de l'usage des SPA », Journée « Conduites addictives et travail » organisée par le CHS Gérard Marchant, Toulouse, 15 mars 2012.

Gladys Lutz à la journée « Addictions et travail » organisée par la SNMT-MP, Société nationale de médecine du travail de Midi-Pyrénées, Toulouse, 27 avril 2012.

Gladys Lutz et de Renaud Crespin, Congrès national de médecine et de santé au travail, Clermont Ferrand (Sélections avec comité de lecture), 7 juin 2012.

Dominique Lhuilier, « Travail, précarités et usages de SPA », Journées nationales de la Fédération Addictions, Toulouse, 7 juin 2012.

Gladys Lutz au Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail en langue française (AIPTLF), Lyon (sélection avec comité de lecture), 12 juillet 2012.

Gladys Lutz au colloque de l'association « Alcool, Addictions et travail » (AAT) du Grand Port autonome du Havre, Le Havre, 27 novembre 2012.

Gladys Lutz et de Dominique Lhuilier, colloque de l'association ADDITRA (Addictologie et travail), Paris, 8 janvier 2013. Un article sur le projet a été publié dans la revue électronique « Éditions Législatives ».

Renaud Crespin - " Quand les industriels s'en mêlent : expertise, logiques marchande et stratégies promotionnelles dans la régulation des risques. Le cas du dépistage des drogues en France ", au 12ème Congrès de l'AFSP Paris 2013, ST 17, 9-11 juillet 2013.

Gladys Lutz au colloque de la Société française d'alcoologie (SFA), Paris, 21 mars 2013.

Gladys Lutz au colloque de la Société française de médecine du travail (SFMT), Paris,11 octobre 2013.

Gladys Lutz au colloque Santé mentale de la SNCF, Paris, 19 novembre 2013.

Dominique Lhuilier, Renaud Crespin, Gladys Lutz, 1er Congrès Addictologie et travail, Paris, 7 et 8 avril 2014.

Dominique Lhuilier, Renaud Crespin, Gladys Lutz, Colloque EHESS MILDECA, Paris, 30 juin 2014.

Dominique Lhuilier, « A l'épreuve du travail : santé et usages de SPA », Journée du RIAM, Laval, 25 septembre 2014.

Gladys Lutz au colloque Groupe Pompidou, Strasbourg, 16 octobre 2014.
Dominique Lhuilier, Renaud Crespin, Gladys Lutz, Colloque AAT (Alcool, Addictions et Travail), Le Havre, 2 décembre 2014.
Dominique Lhuilier, « De sombres échos du monde du travail et de ceux qui ne peuvent y entrer », Journée Alcool, addiction et relation au travail, Association de Réflexion et Entraide en Alcoologie et Société Française d'Alcoologie, Toulouse, 3 décembre 2014.
Communication de Gladys Lutz au colloque TDO4 (Traitement des dépendances aux opiacés), Bruxelles, 18 décembre 2014.

Publications émanant du projet

- Crespin R. « Entre science, technique et politique. Le dépistage des drogues dans les entreprises américaines », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, vol.73, 2012, p. 485-489.
- Crespin R. « Entre usage et déraison : le dépistage des drogues est-il une solution nouvelle pour les entreprises françaises ? », *Le Journal des professionnels de la Santé au Travail*, n°48, 2012, p. 7.

- Lutz G. & Cleren P. Mésusages de substances psychoactives en milieu professionnel. III Interaction conduites de consommation/travail. Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou renforcer les consommations de Substances psychoactives. Alcoologie et addictologie, 2013, 35(03).

- Lutz G., Demortière G., Beck F., Gillet C. Pratiques de réduction des dommages en entreprise, dans Reynaud , Les dommages lies aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages », Rapport à la MILDT, juin 2013.
- Lutz G. & Couteron JP. Travail et addictions, Aide-Mémoire de l'addictologie, Dunod, 2014 (à paraître).

Annexe 3 : Le congrès : Travail, santé et usages de substances psychoactives – 7 et 8 avril 2014

Le congrès « Travail, santé et usages de substances psychoactives. État des connaissances et modèles de prévention » s'est tenu les 7 et 8 avril 2014, au Beffroi de Montrouge (Paris-Montrouge). Dominique Lhuilier, Renaud Crespin et nous-même, l'avons organisé dans le prolongement du projet PREVDROG-Pro, en partenariat avec Additra, le CRTD (Centre de recherche sur le travail et le développement), la Fédération addiction, le Dim Gestes (le Groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail) de la région Île de France et la MILDECA.

Ce congrès s'est employé à quitter le plan des confrontations morales et juridiques pour s'ancrer dans la connaissance des conduites de consommation telles qu'elles existent, dans les traces qu'elles laissent et les effets réels qu'elles produisent en lien avec le travail, du point de vue des différents protagonistes et des différentes sciences. Le travail a été abordé par les différents intervenants non pas seulement comme un contexte, un décor, dans lequel se manifesteraient des consommations de SPA individuelles - ou leurs effets - mais comme une composante, un sens commun. La question traitée était : quel est le sens du travail dans le sens des consommations de substances psychoactives ?

Les interventions retenues, en plénières et en ateliers, portaient sur des recherches et des pratiques de terrain qui ont permis de contribuer aux questionnements suivants :

- Comment certaines pratiques de consommation s'insèrent dans des modes de sociabilité, d'intégration et de régulation des groupes professionnels
- Le dopage professionnel
- Dans quelles situations de travail, salariés et dirigeants consomment-ils du tabac, de l'alcool, des médicaments psychotropes, du cannabis et de la cocaïne. Le sens professionnel de ces usages
- Quels sont les rôles joués par les modes de recrutement, l'organisation du travail et la gestion de la main d'œuvre, dans la poursuite des consommations usuelles sur le lieu de travail et dans la sphère privée
- La construction politique du dépistage comme solution et ses effets réels
- Les démarches de prévention dans les services de santé au travail et les entreprises

Nom	Emploi	Institution
Christophe Dejours	Psychodynamique du travail	CRTD/CNAM
Danièle Linhart	Sociologie du travail	CNRS
Dominique Lhuilier	Psychosociologie du travail	CRTD/CNAM
François Daniellou	Professeur des universités en ergonomie	ENSC, Bordeaux
Gilles Lecoq	(Délégué MILDECA) – Politique publique, Plan	MILDECA
Gladys Lutz	Ergonomie, Psychologie du travail	CRTD/CNAM
Henri Bergeron	Sociologue des organisations	CSO/CNRS
Jean-Pierre Couteron	Psychologue -addictologue	CSAPA, Fédération Addiction
Laurence Emin	Directrice Management	IREMA
Loup Wolff	Statistique de la santé et du travail	Co-directeur du DIM GESTES
Marc Loriol	Sociologie du travail	IDHES-CNRS
Maria-Elizabeth Antunes	Professeur des universités en psychologie du travail	Université Minas Gerais, Brésil
Marie-France Maranda	Professeur des universités sociologie du travail	Université Laval, Québec
Michel Hautefeuille	Addictologie	Hôpital Marmottant
Michel Kokoreff	Sociologie	EHESS
Michel Niezborala	MIRT, Médecine du travail	Direccte Midi-Pyrénées
Michel Reynaud	Psychiatre-addictologue	Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Patrick Peretti-Watel	Sociologue de la santé	INSERM
Pierre Falzon	Ergonomie et directeur de laboratoire	CRTD/CNAM
Renaud Crespin	Sociologue des organisations, politiste	CNRS
France Langlade	Direction d'entreprise	Entreprise du transport routier Transports

Fréquentation : 558 personnes

Entreprise, administrations, équipes de santé au travail	394
Acteurs de l'addictologie	63
Chercheurs et étudiants	75
Institutionnels	26
Total	558

Participants au congrès Travail, santé et usages de substances psychoactives

Annexe 4 : Dangerosité des drogues (Roques, 1998)

Rapport Roques (1998)

En 1998, Bernard Roques présente une approche globale considérant à la fois les propriétés pharmacologiques des produits psychotropes et les problèmes et risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces produits.
Ce tableau est un extrait du tableau publié à la page 182 du *rapport sur la dangerosité des produits* par le professeur Bernard Roques et adressé au Secrétaire d'État à la Santé de l'époque, M. Kouchner à l'issue des Rencontres Nationales sur l'Abus de drogues et la toxicomanie.

Facteurs de dangerosité des drogues								
	Héroïne (opioïdes)	**Alcool**	**Tabac**	**Cocaïne**	**MDMA**	**Psycho-stimulants**	**Benzo-diazépines**	**Cannabi-noïdes**
Dépendance physique	très forte	très forte	forte	faible	très faible	faible	moyenne	faible
Dépendance psychique	très forte	très forte	très forte	forte mais intermittente	mal connue	moyenne	forte	faible
Neurotoxicité	faible	forte	0	forte	très forte (?)	forte	0	0
Toxicité générale	forte (nulle pour méthadone et morphine en usage thérapeutique)	forte	très forte	forte	éventuellement forte	forte	très faible	très faible
Dangerosité sociale	très forte	forte	(cancer)	très forte	faible (?)	faible (exceptions possible)	faible (sauf conduite automobile)	faible

Annexe 5 : Recherche documentaire / RPC (2009-2012)

Les banques de données consultées :

Medline. Produite par la National Library of Medicine (États-Unis) et reposant sur l'utilisation du thésaurus MeSH, elle indexe quelque 5 000 revues dans la plupart des domaines de la santé.

Cochrane Library. Elle est composée de quatre bases de données spécialisées dans les différents domaines de la médecine.

Toxline. Produite par la National Library of Médecine, elle collecte les données dans le domaine de la toxicologie.

ERIC (Education Resources Information Center). Produit par l'U.S Department of Education, c'est l'un des principaux réseaux d'informations en sciences de l'éducation.

FRANCIS. Produite par l'Institut de l'Information Scientifique et Technique du Centre national de la Recherche Scientifique (INIST-CNRS), cette banque de données multidisciplinaire couvre l'essentiel de la littérature en sciences humaines et sociales.

PsyINFO. Produite par l'American Psychological Association, elle répertorie les articles et les publications en psychologie avec de nombreux liens dans les domaines de la santé et des sciences humaines et sociales.

PsyArticles. Produite par l'American Psychological Society (États-Unis) et couvrant tous les sujets de la psychologie, elle collecte ses données à partir des revues de l'American Psychological Society, de l'Educational Publishing Foundation, de la Canadian Psychological Association et d'Hogrefe & Huber.

Les mots-clés utilisés

Les mots-clés ont été choisis en fonction des objectifs de ce travail qui étaient de faire un état des lieux des connaissances selon cinq critères :

– Prévalence (de consommation des SPA de la population active) ;

– Risques (au travail induits par la consommation de SPA) ;

– Déterminants (environnementaux, sociaux et culturels, en particulier au travail, favorisant la consommation de SPA) ;

– Repérage (des conduites addictives en lien avec le travail ou sur le lieu de travail) ;

– Dépistage (des SPA).

La consommation de SPA a été croisée, d'une part avec des mots-clés relatifs au travail et d'autre part, avec des mots-clés en lien avec l'accidentologie et la conduite.

Substance-related disorders	*Workplace* *Work schedule tolerance* *Work capacity evaluation* *Sleep disorders* *Circadian rhythm* *Job satisfaction* *Job strain* *Job stress* *Occupations* *Occupational exposure* *Employment*
Substance-related disorders	*Driving* *Accident*

Classement des articles

Le classement a été effectué selon trois axes :

– Le type de publication ;

– Les 5 critères de sélection précédemment cités ;

– Les substances psychoactives consommées.

Il est illustré par le tableau suivant :

Type de publication	Critères de sélection	Substances psychoactives
Méta-analyse Essais randomisés Études épidémiologiques Études de cas Revues Recommandations (Guidelines)	Prévalence Risques Déterminants Repérage Dépistage	Une approche par produit (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites) Une approche globale (polyconsommation)

Annexe 6 : Exemple de prévention officielle/Inrs

Exemple de démarche de prévention collective dans le transport de voyageurs

Extrait : Inrs « Pratiques addictives en milieu de travail - Principes de prévention »
ED 6147 mars 2013

Conformément à la réglementation, les entreprises de transport de voyageurs équipent leurs véhicules d'éthylotests anti démarrage (EAD). À partir du 1er septembre 2015, tout autocar affecté à un trans- port en commun de personnes devra en être équipé (arrêté du 13 octobre 2009 modifiant l'arrêté du 2 juillet 1982 relatif aux transports en commun de personnes).
L'EAD empêche le démarrage du moteur si l'air expiré par le conducteur correspond à un taux d'alcoolémie supérieur à un taux de blocage prédéfini. Ce taux est inférieur à celui fixé par le code de la route. Ainsi, le blocage du démarrage d'un véhicule ne signifie pas obligatoirement que le conducteur présente un taux d'alcoolémie illégal.

M. M. dirige une des premières entreprises françaises à avoir équipé ses autocars d'EAD. La mise en place de ce dispositif a été accompagnée par la création d'une « cellule addiction ». Cette dernière réunit la direction, le délégué du personnel, le service de santé au travail, des commerciaux, des conducteurs et des personnels de maintenance. Sur les conseils de la Carsat, cette cellule a fait appel à un consultant pour bénéficier d'une formation sur les substances psychoactives et leur prévention.

Il a été décidé, entre autres, d'informer l'ensemble du personnel sur les risques pour leur santé et leur sécurité liés à la consommation de ces substances. En trois journées, les pratiques addictives en général et l'alcoolisme en particulier ont été abordés, avec les interventions d'un alcoologue, d'un psychologue, le témoignage d'une ancienne alcoolique et la consultation d'un avocat pénaliste.

Ces journées d'information ont permis d'inverser les réactions :
«Après s'être sentis stigmatisés», déclare M. M., «les conducteurs informés de l'objectif préventif de l'EAD expriment à présent une certaine fierté d'être les premiers. » « Tous les salariés en ont bénéficié. Deux ans après, nous n'avons eu aucun "non-démarrage". Le bilan est positif pour nous. Les conducteurs se sentent soutenus par la direction et leurs collègues. L'alcool et la drogue ne sont plus des sujets tabous. La démarche est préventive et non répressive.» M. M. conclut : « C'est une bonne mesure pour l'image du métier, elle nous permet d'affirmer un rôle actif dans la sécurité routière. »

Annexe 7 : Arguments du Rpib en santé au travail

VIDEO INFIRMIERS DE SANTE AU TRAVAIL RPIB

Cette vidéo illustre la manière dont l'infirmier de santé au travail peut aborder la question des consommations de substances psychoactives en visite médicale et initier, en lien avec le médecin du travail, des actions de prévention individuelles ou collectives en entreprise.

La vidéo s'organisera de la manière suivante : les deux scènes s'enchaînent puis commentaire.

TITRE DE LA VIDEO : (A TROUVER)

Mme Daumier, nouvellement responsable clientèle dans une PME, vient rencontrer l'infirmière de santé au travail pour un entretien infirmier.

Contexte : bureau – dossier ouvert sur la table- ordinateur fixe- affiches de prévention.

1- Entretien infirmière de santé au travail-salariée

Infirmière : Bonjour Mme Daumier, je suis l'infirmière de santé au travail, je vous verrai en alternance avec le médecin du travail de votre entreprise tous les deux ans. Bien évidemment, ce qui sera évoqué entre nous sera confidentiel et la seule personne avec qui je pourrais échanger sera le médecin.
Mme Daumier: très bien *(hoche la tête)*
Infirmière : donc je vois que vous êtes sur un poste de responsable clientèle en CDD, que vous avez pris récemment ; que faites-vous exactement dans votre travail ?
Mme Daumier: je manage une dizaine de commerciaux, je m'occupe du suivi de leurs activités, je gère les plus gros clients et je fais le reporting à ma direction.
Infirmière : et alors, comment ça se passe ?
Mme Daumier: il y a une charge de travail assez élevée mais j'essaie de gérer au mieux. En tout cas, ça me plaît, et puis en plus il y a une bonne ambiance.
Infirmière : d'accord. Et comment vous y prenez-vous pour gérer cette charge de travail ?
Mme Daumier: hé bien, j'ai la chance d'avoir une bonne équipe, c'est vraiment très convivial. On se retrouve régulièrement pour faire le point sur les contrats. Quelques fois c'est dur, mais je n'hésite pas à les encourager et à proposer des temps pour décompresser.
Infirmière : ah oui et comment vous faites ?
Mme Daumier : j'essaie d'être à leur écoute, et puis on se voit régulièrement après le travail pour fêter les contrats, les bons résultats, ou pour se détendre.
Infirmière : … et comment ça s'organise ?
Mme Daumier: ben, on va en général boire un verre au pub qui est à côté de l'entreprise.
Infirmière : D'accord. *(consulte l'ordinateur)* Je vois dans votre dossier médical que vous n'avez pas d'antécédents médicaux particuliers. Est-ce qu'il y a eu des changements sur votre santé depuis la dernière fois ? **Mme Daumier** : non, non

Infirmière : vous ne fumez toujours pas ? Avez-vous des traitements en cours ?`
Mme Daumier: non, mais par contre je suis un peu fatiguée avec ce nouveau boulot qui est très sollicitant, je ne dors pas très bien et je surveille ma tension depuis quelques temps avec mon médecin. J'avoue que ce n'est pas forcément évident, faut que je garde ce travail, surtout que je suis toute seule avec mes deux enfants.
Infirmière : Oui, effectivement, je comprends. *(pause).* Donc pas de tabac ni de traitement en cours, et dans ce contexte, que pouvez-vous me dire de votre consommation de boissons alcoolisées ? Comment ça se passe pour vous ?
Mme Daumier : hé bien, je pense que je bois plus, mais en même temps, je ne consomme pas d'alcool fort, que du vin ou du champagne.
Infirmière: alors, si vous en êtes d'accord, on va voir ça plus précisément à l'aide d'un questionnaire d'évaluation *(sort le questionnaire FACE et la brochure).* Le repère c'est le verre standard. Vous le voyez, *(montre la brochure),* tous les verres servis dans un bar ou dans un restaurant ont la même quantité d'alcool pur, que ce soit un verre standard de whisky, donc d'alcool fort, de vin, ou de champagne. Donc il y aura les mêmes conséquences sur l'organisme, d'accord ?
Mme Daumier : *(étonnée)* ah oui…j'savais pas !
Infirmière : (*sort le questionnaire FACE*). Ok, alors : à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons alcoolisées ? vous voyez les différentes fréquences, là *(montre du doigt le questionnaire)*
Mme Daumier : *(réfléchit)* deux à trois fois par semaine, le soir, ça dépend… C'est vrai qu'avant c'était plutôt un verre de temps en temps…
Infirmière : *(note la réponse)* Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?
Mme Daumier : (*hésite)* … avant c'était un ou deux, ben du coup maintenant je me rends compte que c'est plutôt trois ou quatre.
Infirmière : Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
Mme Daumier : *(hésite)* non mais j'ai un peu honte car c'est vrai qu'il y a deux mois, on a fêté un très gros contrat vers 18 heures, et après on est allés manger au restaurant et…J'avoue que j'étais pas trop en forme le lendemain et ce sont mes enfants qui m'ont réveillée, et qui m'ont dit que je sentais l'alcool.
Infirmière : Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Mme Daumier : ah ben non, quand même.
Infirmière : Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Mme Daumier : non…
Infirmière : *(calcule)* donc si on calcule, votre score est de huit, ce qui indique une consommation qui peut être ou devenir problématique. Qu'en pensez-vous ?
Mme Daumier : A vrai dire, je commençais à me poser des questions, surtout après cette dernière soirée…
Infirmière : *(pause- attitude empathique)* Vous voyez, l'OMS a défini des repères de quantités au-delà desquels l'alcool peut devenir un risque pour la santé. Ces repères sont, chez la femme, ne pas dépasser deux verres standard par jour ou 14 verres standard maximum par semaine, avec un maximum de 4 verres par occasion. Au-delà, il y a un risque pour la santé.
Mme Daumier: *(étonnée puis interrogative)* Ah oui d'accord… mais quand même, je suis pas alcoolique !?

Infirmière : Non, mais il s'agit d'une consommation à risque pour votre santé, avec les symptômes d'alerte que vous avez déjà évoqués. A votre avis, quels bénéfices pourriez vous avoir à réduire votre consommation ?
Mme Daumier: oh lala…*(souffle)* J'ai pas envie que mes enfants pensent que j'ai un problème avec l'alcool. Et puis, je suis en CDD donc je ne veux pas perdre mon travail !
Infirmière : Je comprends… et puis on peut aussi faire le lien avec les problèmes de sommeil et de tension dont vous avez parlé. Du coup, si vous envisagiez de réduire, comment pourriez-vous vous y prendre ?
Mme Daumier: hé bien, ça m'inquiète, il faut que je fasse quelque chose ! *(réfléchit)* Je vais faire attention. Je vais essayer de consommer des boissons sans alcool, ou de me limiter à deux verres, si je bois de l'alcool.
Infirmière : Avec cet objectif là, en effet, vous reviendriez à une consommation qui ne serait plus à risques. Ca vous semble faisable ?
Mme Daumier : oui, je vais essayer. Je dois dire que cette discussion m'a interpellée.
Infirmière : *(hoche la tête)* et, à part l'alcool, est-ce que vous consommez d'autres produits ?
Mme Daumier : Non.
Infirmière : D'accord. Voici une petite brochure pour vous aider dans votre démarche (*sort une brochure)*. Je vous propose de prendre rendez-vous avec le médecin du travail pour faire le point dans trois mois. Entre temps, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me recontacter, mes coordonnées sont là *(montre son attestation de suivi infirmier)*
Mme Daumier : merci beaucoup, je vous réfléchir à tout ça.

Voix off : suite à cet entretien, l'infirmière rencontre le médecin pour évoquer le cas de Mme Daumier qu'elle lui a adressé en consultation.

Contexte : ils sont assis face à face, une pile de dossiers sur la table.

Infirmière : J'ai vu la semaine dernière Mme Daumier, c'est la nouvelle responsable clientèle de l'entreprise HIPA. Elle avait un score de huit au questionnaire FACE, donc je l'ai alertée sur les différents risques. Elle a pris conscience qu'elle buvait trop, et que c'était favorisé par son contexte de travail. Elle s'est fixée des objectifs de réduction de ses consommations, surtout qu'elle est en CDD et qu'elle veut garder son travail. Je lui ai donné une brochure et je lui ai proposé de te revoir dans trois mois.
Médecin : D'accord. Effectivement, je suis cette entreprise depuis quelques années et j'avais déjà remarqué qu'ils ont pas mal de pression et qu'en plus, il y a une culture un peu festive des événements. A mon avis, ce n'est sûrement pas la seule personne concernée.
Infirmière : Est-ce que tu penses que l'on pourrait organiser ensemble une action collective de sensibilisation et proposer une démarche de prévention à l'employeur?
Médecin : oui, tu as raison, on va prendre rendez-vous avec la DRH. Entre le stress et la culture des pots, ça fait deux bonnes raisons d'y aller. On va commencer par la fiche d'entreprise avec l'ensemble des risques, et on fera un point plus précis sur les facteurs professionnels en lien avec la consommation de produits. Tu vois, quand j'étais seul dans mon secteur d'entreprise, je n'avais pas eu le temps, mais maintenant qu'on est deux, on va pouvoir se répartir les rôles.

Durée de la scène : 6 min

Durée du commentaire : 1m30

Commentaire audio initial

L'infirmière de santé au travail débute l'entretien en interrogeant le vécu au travail de Mme Daumier et la manière dont elle fait face à sa charge de travail. Cette amorce permet à la salariée d'évoquer un contexte professionnel stressant, où l'alcool joue à la fois le rôle de récompense et d'agent pour décompresser. Dans un esprit motivationnel et non-directif, l'infirmière déroule ensuite la technique du repérage précoce et de l'intervention brève, dite « RPIB ». Dans un premier temps, un questionnaire validé permet de repérer le niveau des consommations. L'intervention brève est ensuite menée et repose sur un entretien balisé. Cette méthode permet à l'infirmière d'ouvrir un dialogue avec Mme Daumier sur sa consommation d'alcool, de lui apporter des repères sur celle-ci, d'amorcer chez elle un désir de changement et de l'amener à se fixer des objectifs de réduction de ses consommations. Le RPIB est une méthode validée, permettant de réduire les complications liées à l'alcool chez les personnes ayant une consommation à risque. Elle ne s'adresse donc pas aux personnes dépendantes pour lesquelles un accompagnement plus adapté doit être envisagé. Le RPIB fait partie des recommandations données en santé au travail depuis 2013 et doit être intégré aux pratiques cliniques de routine des infirmiers de santé au travail. Ici, l'infirmière a su d'emblée poser les bonnes questions tout en adoptant une posture empathique et sans jugement, permettant à la salariée de s'exprimer en toute confiance. Cette posture, qui participe à l'alliance thérapeutique, représente un atout pour le RPIB. Dans la seconde séquence, on voit comment infirmière et médecin du travail, et plus globalement l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, peuvent collaborer pour initier et accompagner des actions de prévention individuelles ou collectives en entreprise, en lien avec la direction, et à partir de signes d'alerte recueillis lors des entretiens médicaux.

Annexe 8 : Regard du groupe « Monde du travail » sur le Rpib

COMMENTAIRES FORMULES PAR LE GROUPE « MONDE DU TRAVAIL »

Ce n'est pas tant ce qui est dit qui pose question, c'est **ce qui manque**. Dans une logique de santé au travail, l'infirmière gagne à ne pas conclure son entretien dans le cadre du déroulé du RPIB mais revenir sur la question du travail et du collectif. Ce qu'elle dit au médecin dans la seconde partie (qu'il faut aller dans l'entreprise, la question du stress, etc.), elle doit d'abord en parler avec la salariée.

Proposition de dialogue complémentaire :

Infirmière : D'accord. Voici une petite brochure pour vous aider dans votre démarche (*sort une brochure)*. Je vous propose de prendre rendez-vous avec le médecin du travail pour faire le point dans trois mois.
Mme Daumier : merci beaucoup, je vous réfléchir à tout ça.

Infirmière : « Cette question de votre consommation d'alcool nous continuerons à la regarder ensemble si vous le souhaitez et parallèlement ce qui est important c'est surtout ce que vous me disiez sur votre travail actuellement. »

« Vous évoquiez une forte charge de travail, comment organisez-vous vos journées ? Pouvez-vous discuter de vos objectifs avec votre hiérarchie ? Sur qui pouvez-vous compter au quotidien ? etc., etc.

Mme Daumier : ---------

Infirmière : « Il me semble que nous devrions passer faire une visite d'entreprise avec l'équipe de santé au travail afin de participer à une meilleure compréhension de votre travail, nous pourrons ensuite en discuter à votre prochain entretien ». Je vais évoquer tout ça avec le médecin du travail ».« D'ici là, n'hésitez pas à vous tenir au courant des actions de prévention des risques et de santé au travail auprès des acteurs de votre entreprise. Soyez prudente si vous estimez que cela peut vous porter tord, comme vous êtes en CDD, mais ne restez pas seule avec votre surcharge de travail, même passagère.

Entre temps, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me recontacter, mes coordonnées sont là *(montre son attestation de suivi infirmier) »*

Commentaire audio corrigé par le groupe « Monde du travail »

L'infirmière de santé au travail débute l'entretien en interrogeant Mme Daumier sur son travail, la manière dont elle le réalise et le vit. Les questions et la posture de l'infirmière permettent à la salariée d'évoquer la convivialité et le stress liés à ses activités ainsi que les fréquentes consommations d'alcool avec ses collègues.

Au fil de cette discussion, dans un esprit motivationnel et non-directif, l'infirmière choisit de dérouler la technique du repérage précoce et de l'intervention brève, dite « RPIB ». Recommandée en santé au travail afin de réduire les complications liées à l'alcool, cette méthode s'appuie sur un questionnaire validé qui permet de repérer le niveau des consommations

d'alcool. Une fois ce questionnaire passé, l'infirmière propose une intervention brève organisée sur un entretien balisé. La technique du RPIB, mobilisée au cœur de l'entretien conduit par l'infirmière, permet à Mme Daumier d'aborder tranquillement ses consommations d'alcool et lui apporte des repères clefs. Ce dialogue balisé initie un désir de changement chez la salariée et l'aide à envisager de réduire ses consommations. La posture empathique et sans jugement préconisée par le RPIB, et adoptée ici par l'infirmière, favorise l'expression de Mme Daumier. Dans la seconde séquence, on voit comment l'infirmière discute de cet entretien avec le médecin du travail. Elle aborde le travail de Mme Daumier, les différentes tensions et convivialités évoquées, ainsi que les échanges autour de l'alcool. Après discussion, ils peuvent envisager de réaliser une analyse plus approfondie des composantes professionnelles des consommations d'alcool. Le RPIB interroge les consommations d'alcool des patients et cible leur réduction. Dans son utilisation en santé au travail, il importe que les infirmières et les médecins l'utilisent en ciblant l'analyse de l'activité des professionnels, de leurs usages d'alcool, comme de tout autre substances psychoactives, et les régulation mise en œuvre par les travailleurs.

Annexe 9 : Extraits du forum Drogues et travail –Psychoactifs.org

Analyse du Forum Drogues et travail – PSYCHOACTIFS
Extraits

1.1 Les activités de consommation de drogues

MISTIQUE

l'hypnovel ou midazolam fait partie de la famille des benzodiazépine, en france on ne le retrouve qu'en milieu hospitalier en forme injectable. en suisse on le retrouve sous forme de comprimé, dormicum il me sembe, utilisé pr les insomnies mais évidemment détourné et sur le marche noire...
Pr décrire en gros les effets, je n'ai jamais touché à un produit aussi puissant, en IV du moins, en quelques secondes on ressent un bien être immédiat et intense, on oublie tous nos problèmes et on se sent juste bien. ça occasionne par contre des amnésies antérogrades,et somnolence ++ ce qui peut être hyper génant et dangereux !!! autre point, ce produit à une demi vie très courte, si j'en prends le soir, le lendemain je me réveille comme une fleur !

enfin bref je ne sais pas ce qui m'a pris mais je regrette d'y avoir gouté parce que je n'ai jamais trouvé un effet pareil...
la pire choses que j'ai faite, alors que pdt mes 7 années de défonce ma limite avait tjs été la seringue j'ai voulu gouté au flash de l'iv, puisque dans ma tête j'avais déjà rdv au csapa pr mon ttt métha. je voulais marquer le coup de mon arrêt de la came. ba ça été une grosse erreur... bref ça va faire trois an que j'ai le diplome infirmière, j'ai commencé mes conneries (piquer des fioles d'yhpno) après que ma lune de miel métha soit finie. je ressentais un "vide" et le flash de l'iv me manquait, meme si j'en faisiat pas régulièrement et depuis peu de temps.. et donc la j'ai fais une autre grosse erreur de tester ce produit, et maintenant j'en ai un mal fou à m'en débarrasser.

NIGLO

Tout d'abord je tiens à te dire que tu n'es pas seule à te poser ce genre de questions, consos et travail ne font pas toujours bon ménage, surtout quand on a un boulot à responsabilité. Loin de moi l'idée de détourner la conversation sur moi mais si ça peut t'aider et t'apporter un peu de soutien....Je vais faire vite, je bosse dans un PES depuis quelques mois et pour les usagers je suis ancienne tox sous métha. Mon employeur et collègue savent que je continue à consommer de temps en temps.La tentation est aussi très forte pour moi quand je donne du matos à un usager qui deale de la super coke je meurs d'envie de lui demander son plan!!!Parfois on me propose même de goûter, alors t'imagines un peu l'épreuve!!Et ça m'ait déjà arrivé 2-3 fois de me faire un taquet dans les toilettes de mon taf et je m'en veux terriblement. Comme toi je gère bien mon boulot et je suis pas non plus raide défoncée sur mon lieu de travail, je me l'interdis!!Mais je culpabilise, c normal je pense quand on aime son travail comme toi. Faudrait que tu arrives à faire la part des choses:le boulot d'un côté, qui d'ailleurs est un magnifique taf, j'en profite pour te dire bravo parce que t'as pas choisi le métier le plus facile, faut un sacré courage,et vu ta situation ça doit vachement servir à certains patients UD ton expérience. Encore ya 2 jours j'ai atteri aux urgences et on m'a traité comme de la m...!!!

PAPAJUMBA

Je me demandais comment vous viviez votre toxicomanie au travail, et si vous arriviez a gerer un minimum? Ca pause peu de probleme quand on est substitué mais quand on ne l'est pas ou que l'on replonge c'est une une autre histoire. Pour moi en ce moment c'est vraiment pas evident, je me suis mis a shooter au bureau, alors qu'avant j'arrivais a me l'interdire, j'ai peur que ça soit de plus en plus la degringolade, je ne tiens vraiment pas a perdre mon boulot. Je prends pas grand chose, juste de quoi tenir la journée, j'peux pas me permettre de piquer du blaze. Mais voila, peur de forcer la dose, peur de me faire griller... Pour vous comment ça se passe?

MITH

Dans ma ville natale ^^ Ca a pas fait un pli, au bout d'une semaine c'était reparti comme en 40, je me suis direct remis a shooter, peut etre meme encore plus qu'avant le sevrage. La pendant un mois et demi je shootais matin et soir mais j'emmenais pas de steri au boulot, juste un roule ta paille... Et de fil en aiguille vu que j'ai vraiment l'impression de gacher la marron quand j'la sniff, je me retrouve a galerer dans les chiottes pour me mettre mes taquets pendant les pauses. Peu a peu j'ai l'impression de perdre le controle, meme en me fixant des limites, elles tombent les unes apres les autres. Enfin bon, plus que 3 semaines a tenir a ce rythme et je prends la route pour la republique tcheque avec ma moitié, ça me permettra de changer d'air et de reposer mes pitites veines. Le taf était le dernier endroit ou j'essayais un minimum de gerer, j'y arrives pas, ça me surprend pas vraiment.

SATIVA

j'ai aussi perdu pas mal de bonne place à cause de la came ... soit parce que j'finissait par devoir du fric à tout le monde , soit parce que j'etait trop souvent absent pour cause de manque (eeh oui à part les neo on avait pas trop d'truc à l'epoque, quand tu trouvais des suppo à l'opium ou une boite de codolipranes t'etais content !!!) et puis j'vous dis pas les longues scéances dans les chiottes à gallerer pour se faire sa popote alors que la moitié de tes collegues sont à ta recherche, toujours obligé de ruser pour trouver le temps de t'en envoyer un ... voir deux... j'avais toujours une banane avec mon matos, elle ne me quittait jamais , j'etais aussi toujours en manches longues , même en plein été alors qu'il faisait 35° ... bref c'est clair que pour le taf aujourd'hui sous metha c'est beaucoup beaucoup plus cool .... maintenant il est clair que la fumette c'est pas mieux , ne fumant plus beaucoup actuellement je me suis surprus totalement baffé l'autre jour au boulot et franchement les collegues s'en sont apperçu , ils ont direct vu que j'avais fumé .. alors que quand je fumais tous les jours des le matin, personne ne m'avait encore fait la remarque

c'est un peu "a cause" de mon métier que j'ai commencer a me shooter, je suis dans le milieu paramédical et on manipule pas mal de came de tte sorte... Du coup c'est très difficile de ce sortir de tt ça car la tentation est omniprésente... Mon médecin m'a dit que c'était un motif de changement de boulot mais pas si facile!

Victor5fly

La caféine en poudre est pas chers, mais je ne sais pas la doser.
Je prefere prendre une gélule de complément alimentaire, trouvable dans toute les boutiques de proteines. Ca coute que 7 euros pour 100 gélules de 100mg qui est la dose recommandée.. Donc ca va puis je suis

sure du labo (Scitec).
Ensuite, j'ai pas toujours la force d'avaler un café. Surtout que les dosages ne sont pas pareil, du coup tu sais jamais ou t'en ai et la cafetière tourne H24, j'en connais qui boivent 1L par jours...
Je trouve juste ca plus pratique d'avaler une gélule le matin avec un verre de jus.
Pour ma part, je la sent vraiment et elle me réveil plutot bien
Et effectivement la caf est dangereuse, c'est une drogue, consommer a forte dose tous les jours est néfaste car le corp prend l'habitude de ce coup de pouce quotidien.
Je me méfie des études qui vente ses mérites, car elle rapporte tellement d'argent au monde entier que les études sont souvent financée par ceux qui les vendent.
Pour ca que je switchais avec le guarana. Une semaine sur deux.

1.2 Les rapports qu'ils entretiennent à leurs activités, à eux-mêmes et à leurs drogues, les interactions entre ces rapports et leur sens

MISTIQUE

je ne sais pas exactement ce que j'attends en écrivant ce message, mais je ressent le besoin d'écrire pour poser un peu ma situation et ce qui me pèse.. je suis dans le milieu médicale, infirmière, mais aussi toxicomane.. deux choses incompatibles?? j'ai tjs réussi à faire avec, ça ne m'a jamais trop gêné jusqu'à il y a peu de temps.

j'ai commencé un ttt méthadone depuis plus d'un an. et ça se passe plutôt pas trop mal, sauf que j'ai commencé pour compenser à "piquer dans les charriots" et la je m'en veux bcp. je sais que je risque mon poste, mon diplôme, ma fierté dignité, mais j'ai fais l'erreur de piquer de l'hypnovel, midazolam (on en trouve qu'en milieu hospitalier en france) et j'ai bcp de mal à m'en débarrasser.

j'en ai honte, c'est qque chose qui me pèse bcp, je me fais peur, et quand j'ai commencé ce métier j'étais loin d'imaginer que j'en arriverai là j'aime mon métier, j'y tiens et j'en ai besoin. le truc c'est que j'arrive à tenir quelques temps sans rien "piquer" mais au bout de quelques semaines je suis envahi, obsédée par l'hypnovel et je fini par en reprendre. j'ai finis par en parler à mon medecin qui me suit pr la métha (chose très difficile à avouer) et heureusement il n'est pas du tout dans le jugement, et je dois commencer une thérapie pr régler le fond.

en attendant je galère. je vis dans la peur d'être découverte par mes collègues et la honte de faire ce que je fais et d'en arriver la. aujourd'hui ça doit faire 2 semaines que je n'ai rien pris (mais du coup conso d'héro à coté) et je vais essayer de tenir... je viens de lire le témoignage de mandraguore, aussi IDE et rien que ça ça me rassure un peu, et ouai je comprends faire une OD en plein boulot ça doit pas être facile de rebondir après ça, surtout que bcp de soignants sont quand même catégorique en ce qui concerne les UD (dans les services techniques du moins, mais faut pas généraliser non plus). Mais d'un autre coté, c'est peut être quelque part un soulagement, tes collègues sont au courant, et tu peux leur prouver que ça ne fais pas de toi une mauvaise IDE au contraire. et pas obligé de cacher tes cicatrices sur les bras? d'un coté c'est peut être un peu libérateur non? et les connards qui te jugent, ba laisse les parler, ce sont des connards ! la base du soignant c'est la tolérance ... voila, encore une fois je ne sais pas ce que j'attends en écrivant ce message, peut être d'autre témoignage de soignant qui sont dans le même cas, ça me rassurerais de savoir que je ne suis pas seule

pr fabrice, quand tu me dis "Il y a un temps pour les drogues, le temps de la récréation et un temps pour l'exercice de ta profession." j'en suis consciente et je le répète : je ne consomme rien au boulot, à part ma méthadone que je prends le matin. j'insiste la dessus parce que c'est pas parce que je suis UD que je suis

complètement irresponsable et que je suis une mauvaise soignante! je maitrise mon boulot sans vouloir prendre la grosse tête non plus je ne suis pas parfaite mais jusque là je n'ai eu que des retours positifs de la part de ma cadre...

Après c'est claire c'est carrément irresponsable de piquer des fioles et franchement je m'en veux j'ai fait n'importe quoi malgré que je connaisse les risques mais des fois la tentation et juste trop grande... Mais je me dis qu'il est encore tant de stopper tout ça, avant que je me fasse prendre. de plus je ne ressent pas de symptômes physiques quand j'en prends pas, la ça fait plus de semaines, et à part le fait que ça me trotte grave ds la tête, rien... donc il n'est peut être pas trop tard !!

l'hypnovel c'est une molécule de fou si on arrive à bien gérer et à s'arrêter avant le trou noir (produit très amnésiant c'est tres lourd) et en plus il produit un flash en iv donc voila, très dure d'arreter pour moi. je fais un boulot pas facile en plus, à la fin de ma journée je suis épuisé physiquement et psychologiquement, donc je vois mon hypnovel comme une "récompense" je sais c'est mal mais merde.. En ce moment ça va un peu mieux, je ne vais pas mentir j'ai pas arrêter complètement, mais en tous cas j'ai bien diminué, et rien que ça pour moi ça me fais plaisir et j'ai l'impression d'avancer.

NURSE

J'ai du changer de voie d'aministration (de iv à intrarectal) pour pas me laisser de marques. Je n'ai plus jamais refait d'iv au boulot après qu'avoir poussé 2 ampoules de topalgic ça a saignoté et j'ai du resté le bras croisé tout le temps que la cadre nous faisait son speech dans le poste de soin. Un tel mélange de honte et de trouille. Je te souhaite de ne pas avoir à t'approcher trop de la ligne rouge pour réagir. J'ai eu beaucoup de chance et je ferai tout pour que ces histoires appartiennent au passé. Si comme moi ce métier t'est quelque de chose de très précieux, précieux au-délà d'un simple travail, mets toi cette barrière infranchissable. Bisou et bon courage !!

j'ai bossé en mcs pendant 18 ans malgré ma toxicomanie, et ai été tjs investie dans mon travail, que, me semble t il je ne faisait ni mieux (enfin si,mieux que certaines têtes de cons intolérantes) ni moins bien que mes collègues . Mon travail à toujours été reconnu, mon empathie, ma tolérance et mon sens de l'écoute étant mes principales qualités. d'autres s'occupaient plus à ranger la paperasse, enfermés dans le bureau, moi j'ai toujours préféré être au contact des jeunes les jeunes. Et ça a porté ses fruits, je suis d'ailleurs en contact avec les jeunes que je suivais et ils s'en sortent pas mal. Donc oui les ud peuvent faire du bon boulot.

Junkfood

Je bosse en freelance, je développe des sites internet, chez moi, dans des horaires libres.
Forcement, le problème de "drogue au travail" se pose très facilement et les limites sont difficiles à trouver car imposées que par soit même.

Du coup c'est devenu une habitude, pas en permamence mais peut être environ la moitié du temps que je passe à travailler : selon ce que j'ai sous la main, je vais en prendre, dans des quantités raisonnables et en général j'ai l'impression que ça m'apporte plus de bienfaits que d'inconvenients.
- Alccol : ça détend, le stress et la pression du taf deviennent plus léger et moins déstabilisants
- Weed : ça me met un peu en mode parano ce qui fait que je vais me tapper des sprints très productifs
- Codéine : comparable à l'alcool, avec un coté plus controlable
- Stims : permet de rester concentré sur de longues durées, de partir sur des taches longues et pénibles à

n'importe quelle heure sans craindre d'abandonner en cours de route
- Benzos : à la fin des sessions stims pour éviter la descente, ou encore les journées de gueule de bois pour retrouver un état un peu plus proche de la normale

C'est bien sympa tout ça mais ça a tendance à devenir une très mauvaise habitude, et étant donné le cadre de boulot (maison, tout seul, horaires libres, etc.), entre la tentation de polytoxico et le fait que ça contribue à améliorer ma productivité et à réduire les effets négatifs du travail sur mon moral, la perte de contrôle est jamais loin (ou sans doute déjà atteinte).

J'ai pas envie de tout stopper, j'ai pas envie d'aller pleurer chez le médecin pour qu'ils me prescrive des substituts (qui ne marcheront pas), j'ai pas envie de changer de taf pour me forcer à adopter un rythme de vie qui m'éviteras ces tentations, j'aimerais juste arriver à faire en sorte que ce genre de conso soit occasionnelle, et de la réserver autant que possible aux situations festives et non pas au quotidien dans mon bureau.

La volonté, j'essaie, mais c'est pas mon fort ...
J'ai essayé un peu d'hypnose mais c'est trop tot pour voir les résultats, je pense me remettre à la méditation mais je n'en attends rien de spectaculaire non plus.

J'avais pensé à aller bosser dans des espaces de co working, ça imposerait un rythme un peu plus sain et freinerait un peu l'accès aux prods pendant les sessions boulot, mais ça coute du fric et de plus je perdrais les avantages que j'ai en bossant chez moi, c'est un peu dommage.

KOZIK

Une chose est sure, travailler sous Héroine est très agréable pour moi, j'ai le "boost" nécessaire, le petit coup de chaleur qui fait plaisir et je me sens bien. La Coke mélangée avec la Came me rend encore plus dynamique et déconneur mais je ne perds pas les pédales non plus.
Lorsque je fais le bilan, la drogue m'a laissé beaucoup de bons souvenirs (et très peu de mauvais) du coup c'est d'autant plus dur de me dire "ouais réveilles toi là, faut arrêter". De plus (et j'ai de la chance!) le fait de me droguer ne m'a jamais laissé dans la merde financièrement, et même physiquement, niveau "état du nez" après 5 ans de tapage (dont deux quotidiennement) je n'ai pas de dégâts physiques. (je me lave le nez souvent..etc) Malgré la drogue j'ai tout de même une hygiène de vie normale, je mange normalement, je fais du sport, une vie sociale, une ambition professionnelle etc. La came/coke sont un petit plus. Avant je culpabilisais, et puis j'ai arrêté. J'assume et je m'assume, et tant que tout ça ne me crée pas de problème, je continue, mais toujours avec dans un petit coin de ma tête un gros panneau "ATTENTION, maîtrises toi au maximum!, on est tous égaux face au produit, tous!"

J'ai envie d'être heureux, de ne pas souffrir et de ne pas m'infliger de souffrance, et si la came/coke doivent faire partie de l'équation, je l'accepte (avec tous les bons et mauvais côtés que cela peut engendrer). Bien sûr, si un jour je commence à avoir des problèmes, mon point de vue changera sûrement, mais pour l'instant, j'espère bien continuer comme ça.

MISTIQUE

Suite à de lourds problèmes familiaux, une vie amoureuse catastrophique et une dégradation considérable de mes conditions de travail, mes envies de consommer qui n'avaient jamais complètement disparu, sont devenues de plus en plus fort... J'ai petit à petit augmenté mes consommations d'hypnovel.... ce qui augmentaient ma culpabilité, mon sentiment d'être nulle et du coup mon syndrome dépressif... Bref une spirale infernale...je consommais de plus en plus, jamais avant ni sur mon lieu de travail, mais avec cette

accumulation dans mon sang j'avais forcément des répercussions sur mon taf surtout à la fin...

Bref il a pris le taureau par les cornes. arrêt maladie jusqu'à ma disponibilité. J'étais pas trop pour, je lui dis qu'il me reste plus que 3 mois à tirer je vais mettre toute l'équipe dans la merde...Bref il me l'impose et avec du recul il m'a surement sauvé la vie. Je mets peut-être mes collègues en difficulté mais en reprenant le taf c'était les patients que j'aurais pu mettre en danger, et ma carrière...

YourLatestTrick

j'ai utilisé les opiacés (surtout le tramadol, qui est plus stimulant) , pour améliorer mes performances, pour m'aider à me lever le matin...
Le souci, c'est que même sans parler de dépendance, ça peut devenir de plus en plus dur de retourner à la normale, sans prod, avec une baisse des performances. Difficile pour toi, mais aussi pour les collègues qui peuvent se demander pourquoi, tout d'un coup, tu fais la gueule, t'es moins créatif, moins endurant.

Concernant les produits de type amphets, quand on lit les témoignages, on note souvent le critère "fonctionnel" : un stim fonctionnel, une dose fonctionnelle ... sous entendu, un usage non récréatif, mais plutôt une aide : dynamisme, motivation, amélioration de tes capacités sociales ...
Le café du matin n'est pas si différent, dans l'esprit. Mais c'est bien sur plus soft

Gladys LUTZ

Interrelations entre l'activité de travail et l'usage de psychotropes : approches traditionnelles et perspective en clinique du travail.

Résumé

Être professionnel peut nécessiter de trouver de l'énergie sans limite et de remédier aux manquements de la gestion. Les produits stimulants, calmants, antidépresseurs, etc., peuvent y contribuer. Cette thèse s'intéresse à ces dynamiques complexes. A partir d'une revue de littérature et d'un dispositif de recherche-action clinique, elle contribue à la connaissance des interrelations entre l'activité, la santé et les drogues. Elle montre l'existence d'usages fonctionnels multiples irréductibles à l'idée de maladie ou de dangerosité. Elle observe que la prévention officielle masque le réel et organise l'ignorance sur le rôle de l'organisation du travail dans le recours aux psychotropes. Les chiffres sur les troubles de santé des actifs et sur leurs consommations de psychotropes imposent de renouveler le management du travail et de la prévention. Nous proposons de déplacer la prévention des addictions vers l'analyse du travail et l'étude de l'usage des drogues comme un système d'activités de préservation et de reconnaissance de soi.

Mots-clefs : activité, usage de psychotropes, régulation, normes, analyse du travail

.

Résumé en anglais

Being a professional may require unlimited energy and to remedy management shortcomings. Stimulants, anxiolytics, antidepressants, etc., can contribute to this. This Phd thesis deals with these complex dynamics. Based on a review of the scientist literature and a clinical research-action, it contributes to the knowledge of the interrelations between activity, health and psychotropic products. The thesis shows the existence of different functional uses irreducible to the idea of disease or dangerousness. It observes that official prevention masks reality and organizes ignorance about the role of work organization in the use of psychotropics. The figures on the health problems of the active population and on their consumption of psychotropic products require the renewal of management and prevention. We propose to shift the prevention of addictions towards labor analysis and psychotropics' use study as a system of preservation and self-recognition activities.

Keywords: activity, functional use of psychotropics, regulation, norms, labor analysis