



HAL
open science

Travail et conduites addictives : quels développements des connaissances pour quelle(s) prévention(s) ?

Sami Fettah

► **To cite this version:**

Sami Fettah. Travail et conduites addictives : quels développements des connaissances pour quelle(s) prévention(s) ?. Psychologie. Université de Picardie Jules Verne, 2021. Français. NNT : 2021AMIE0055 . tel-03852834

HAL Id: tel-03852834

<https://theses.hal.science/tel-03852834>

Submitted on 15 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Thèse de Doctorat

Spécialité Psychologie (Psychologie du travail et Ergonomie)

Centre de Recherche en Psychologie – Cognition, Psychisme et Organisations (EA 7273)

Présentée à l'École Doctorale en Sciences Humaines et Sociales (ED 586)

de l'Université de Picardie Jules Verne

par

Sami FETTAH

pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Picardie Jules Verne

Travail et Conduites Addictives : Quels développements des connaissances pour quelle(s) prévention(s) ?

JURY :

Amal BERNOUSSI, Examineur

Professeur des Universités, Université de Picardie Jules Verne

Christine JEOFFRION, Rapporteur

Professeure des Universités, Grenoble Alpes

Gladys LUTZ, Examinatrice

Cheffe de service prévention, Addiction-Méditerranée

Béatrice MADIOT, Examinatrice

Maitre de conférences, Université de Picardie Jules Verne

Victor OUDIN, Invité

Responsable du pôle technique et organisationnel, SMTVO

Philippe SARNIN, Rapporteur

Professeur des Universités, Lyon 2

Gérard VALLÉRY, Directeur de thèse

Professeur Émérite des Universités, Université de Picardie Jules Verne



REMERCIEMENTS

La rédaction d'une thèse est souvent considérée comme un travail solitaire. Il s'avère pourtant que sans le soutien de nombreuses personnes, ce travail n'aurait pu voir le jour. Au préalable de cet écrit, je souhaitais exprimer ma grande reconnaissance à de nombreuses personnes.

Mes premiers remerciements s'adressent à mon directeur de thèse, Gérard Valléry. Mon parcours professionnel et plus largement mon développement personnel ont été largement influencés par ta personne. Dès les premiers cours de licence que j'ai eus avec toi, j'ai été sensible à ta pédagogie, ton savoir et ton rapport à l'autre. Je suis reconnaissant d'observer que presque dix ans plus tard, j'ai toujours la chance d'échanger avec toi et de voir que ton accompagnement a toujours été omniprésent. Comme l'ont dit bien d'autres doctorants que tu as accompagnés : tu as joué un rôle bien plus important que celui de directeur de thèse. Merci pour ton suivi, ton enthousiasme, tes encouragements et ta confiance solide malgré les doutes qui m'habitaient en début de thèse.

Je souhaite également remercier Christine Jeoffrion et Philippe Sarnin de me faire l'honneur d'être les rapporteurs de ma thèse. Merci d'avoir accepté de lire mes travaux, de les analyser et de me faire part de vos réflexions enrichissantes. Un grand merci à Gladys Lutz et Béatrice Madiot de m'avoir accompagné tout au long de ce projet dans le cadre du comité de suivi de thèse. Merci pour votre bienveillance, et vos remarques toujours pertinentes. Merci à Amal Bernoussi d'avoir accepté de rejoindre ce jury de thèse afin d'apporter une lecture enrichissante sur la question des usages de substances psychoactives. J'adresse également mes remerciements à Victor Oudin pour avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse en tant que membre invité. Plus globalement, merci d'avoir été un responsable attentif et à l'écoute lors de mon expérience au sein du SMTVO. Merci pour ton accompagnement et ta confiance pendant ces quatre années, tes connaissances et ton pragmatisme m'ont permis de me professionnaliser et de développer un regard à la fois précis et global sur la santé au travail. J'ai toujours pris beaucoup de plaisir à échanger et à travailler avec toi.

Ces remerciements s'adressent bien évidemment au personnel du SMTVO pour mon intégration au sein du service malgré mon statut si particulier. Merci à

Marie-Laurence Baumer, au Docteur Hervé Decoussy d'avoir permis la réalisation de ce projet et à Isabelle Desmarais d'avoir permis d'assurer sa continuité. Un merci empreint d'émotion à mes collègues du pôle prévention pour m'avoir supporté pendant ces quatre années qui ont dû vous paraître longues... Elles ont pourtant été le théâtre de nouvelles amitiés ! Merci aux membres des pôles médical et support pour votre confiance et votre bienveillance.

Un grand merci à l'ensemble des membres du CRP-CPO qui ont toujours su être attentifs à mes demandes, mes interrogations et qui ont toujours porté un regard objectif sur mon travail. Un grand merci à tous les doctorants et doctorantes que j'ai pu rencontrer dans le cadre de séminaires et réunions d'échanges. Nina, Camille, Noémie, Cyril, Sophie, Sarah, je vous remercie pour les bons moments que nous avons passé un peu partout en France ou à l'étranger dans le cadre de séminaires et congrès.

Merci à mes parents d'avoir toujours cru en moi tout au long de mon parcours. L'autonomie que vous m'avez naturellement accordée constitue un des piliers centraux dans la réussite de ce travail. Vous avez toujours su respecter mes choix, et votre soutien indéfectible a toujours été moteur dans l'ensemble de mes réussites.

Merci à Pierre et Claire de m'avoir relu et de m'avoir aidé à la rédaction de cette thèse. Votre regard, votre intérêt, votre soutien et vos remarques pertinentes ont été essentiels au développement de mon travail. Plus encore, merci à vous et à tout notre groupe d'amis de m'avoir permis de lâcher du lest lors de nos nombreuses soirées. Les moments passés avec vous sont toujours extrêmement qualitatifs. Merci à tous mes proches qui se sont proposés de relire mon travail, sans le faire. Ce geste témoignait d'une certaine attention (à très court terme) que j'ai su apprécier.

Enfin, j'adresse mes remerciements à Laurine. Je te dois particulièrement la réussite de ce projet et bien d'autres. Merci de m'avoir fait comprendre que j'étais capable de les mener à terme. L'aide, le conseil et le soutien immense dont tu as su faire preuve m'ont touché durablement. Je suis vraiment reconnaissant de savoir que tu es toujours là pour célébrer mes victoires, et encore plus de l'être pour atténuer le poids des défaites. J'ai hâte de poursuivre les projets que nous avons envisagés pour le futur.

RÉSUMÉ

La consommation de substances psychoactives (SPA) est aujourd'hui au cœur des réflexions et débats socioprofessionnels. Quelles perspectives ces réflexions apportent-elles sur le monde du travail ? Dans une société où les professionnels peuvent être amenés à consommer les SPA sur leur lieu de travail et où la culture de la prévention se veut de plus en plus présente et renforcée, quelles représentations les professionnels de santé au travail développent-ils au sujet des conduites addictives et de leurs liens avec le travail ? Comment la prévention en entreprise s'organise-t-elle autour de ces questions ?

Cette thèse (CIFRE), menée en partenariat avec l'UPJV, SMTVO et plus largement le réseau : « Addictions et Entreprise » porté par l'ISTNF, a interrogé le champ de la santé au travail et de la prévention. Son objectif était de contribuer au développement des connaissances sur les représentations professionnelles des acteurs de santé au travail et de la prévention en entreprise concernant la consommation de SPA. En se focalisant sur la thématique du lien entre Travail et Conduites Addictives et grâce aux apports de la Psychologie du Travail et des Organisations (PTO), ce travail s'est articulé sur deux axes :

Le premier axe a eu pour but de contribuer au développement de connaissances théorico-pratiques sur cette thématique en élaborant une méthodologie spécifique pour recueillir les Représentations Professionnelles des acteurs de la santé au travail en Services de Santé Interentreprises. Cette contribution a été développée sur la base d'une enquête régionale et nationale informatisée, diffusée auprès acteurs des SSTI de France métropolitaine (médecins du travail, infirmières du travail et les préventeurs des risques professionnels). Nos résultats montrent l'existence de différentes représentations professionnelles des conduites addictives en fonction des professions. Ces dernières sont principalement centrées sur les usages de substances, ainsi que les caractéristiques et conséquences psychologiques des consommateurs. La mise en cause de facteurs liés au monde du travail semble avoir une faible prévalence dans les usages de substances. Et lorsque c'est le cas, ces derniers sont souvent liés à des aspects sociaux.

Le second axe avait pour objectif de développer la prévention des conduites addictives à partir d'une logique d'intervention réalisée auprès des adhérents du service de santé. Quatre monographies d'entreprise ont été réalisées selon une méthodologie d'intervention respectant le protocole du SSTI, tout en s'adaptant à la demande de l'entreprise (sensibilisation collective, analyse des facteurs de risques psychosociaux, entretiens individuels, analyse des retours...). Les résultats nous ont permis de mettre en lumière un ensemble de conditions favorables (implication du collectif, transparence, adhésion, confrontation, participation, constitution d'un socle de représentations communes, intervention au sein d'un cadre facilitant la prévention primaire) et de contraintes (logiques de rendements en matière de santé au travail, digitalisation des rapports entre acteurs, jeux de pouvoirs internes et externes et manque d'accompagnement dans la mise en place de projets pluridisciplinaires) influant le développement de la prévention.

En conclusion, nous revenons sur les principaux apports de cette thèse d'un point de vue théorique et méthodologique, et nous expliquons les questionnements que la conduite de cette recherche a ouverts. Nous présentons ensuite les implications pratiques de nos résultats. Nous partageons nos réflexions sur les apports de la psychologie du travail et des organisations au développement de la prévention dans le monde du travail. Enfin, nous discutons des limites de nos études ainsi que des perspectives de recherche qui émergent de ce travail.

Mots-clés : conduites addictives ; travail ; prévention ; représentation professionnelle ; santé au travail

WORK AND ADDICTIVE BEHAVIORS : WHAT DEVELOPMENTS IN KNOWLEDGE, WHAT TYPES OF PREVENTION?

The use of psychoactive substances (PAS) is today at the heart of socio-professional reflections and debates. What perspectives do these reflections bring to the world of work? In a society where professionals may have to use PAS in their workplace and where the culture of prevention is increasingly present and strengthened, what representations do occupational health professionals develop about addictive behavior? and about their connections to work? How is the occupational prevention organized around these questions?

This thesis carried out within an industrial convention of training by research (CIFRE PhD) was carried out in partnership with the Picardie Jules Verne University (UPJV), the occupational Medicine Service : SMTVO and more broadly the working group: "Addictions and Company" carried by the occupational health institute in the north of France (ISTNF), questioned the field of occupational health and prevention. Its aim was to contribute to the development of knowledge on the professional representations of players in occupational health and prevention in companies concerning the PAS use. By focusing on the link between Work and Addictive Behaviors and thanks to the contributions of Work and Organizational Psychology (WOP), this work was articulated on two approaches :

The aim of the first approach was to contribute to the development of theoretical-practical knowledge on this theme by developing a specific methodology to collect the Professional Representations of the occupational health workers in Inter-company Health Services. This contribution was based on a regional and national computerized survey distributed to the actors of the SSTI in mainland France (occupational physicians, occupational nurses and occupational risk prevention officers). Our results show the existence of different professional representations of addictive behavior depending on the profession. These are mainly focused on the substances used as well as the characteristics and psychological consequences of users. The implication of factors linked to the world of work seems to have a low prevalence in drug use. And when it does, these are often linked to social aspects.

The second approach was aimed to develop the prevention of addictive behaviors by intervening with members of the health service. Four company monographs were produced according to an intervention methodology respecting the service protocol while adapting to the company's request (collective sensitization, analysis of psychosocial risk factors, individual interviews, feedback analysis, etc.) . The results enabled us to highlight a set of favorable conditions (collective involvement, transparency, membership, confrontation, participation, common representations base, intervention within a framework facilitating primary prevention) and constraints (yield policy, digitization of relationships between actors, internal and external power games and lack of support in the implementation of multidisciplinary projects) contributing to the development of prevention.

In conclusion, we will review the main contributions of this thesis from a theoretical and methodological point of view and we tackle the questions raised by this research. Then, we will present the practical implications of our results. We will share our thoughts on the contributions of Work and Organizational Psychology to the development of prevention at work. Finally, we'll discuss the limits of our studies as well as a potential direction for future research.

Keywords : Addictive Behavior ; Work ; Prevention ; Professional Representation
Occupational Health

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. PREMISSES	1
SYNTHESE.....	7

PARTIE I - DE LA DECOUVERTE A L'APPROPRIATION DES ENJEUX

I. PREMIER TREMPLIN – LE MEMOIRE DE RECHERCHE.....	8
1. Contexte de réalisation	8
2. Synthèse des résultats.....	9
Élément de conclusion.....	11
II. CROISER LES APPROCHES POUR CIBLER LES ENJEUX.....	12
1. Les rencontres de contextualisation	12
1.1 Choix de l’outil et de l’échantillon.....	12
1.2 Procédure.....	16
1.3 Méthodologie d’analyse.....	16
1.4 Résultats	17
2. Mise en perspective	63
Éléments de conclusion	66
SYNTHESE.....	66

PARTIE II - CADRE THEORIQUE

INTRODUCTION.....	67
I. CHAPITRE I – APPROCHE COMPRÉHENSIVE DU TRAVAIL, FACTEUR HUMAIN ET SANTÉ AU TRAVAIL.....	69
1. Approche de la notion de travail	69
1.1 Le travail comme action.....	71
1.2 Le travail comme produit	73
1.3 Le travail comme emploi.....	75

Éléments de conclusion.....	76
2. La Psychologie du Travail et des Organisations comme clé de lecture du réel.....	77
2.1 Domaine d'analyse et d'intervention en PTO.....	77
2.2 Approches des individus au travail en PTO.....	79
Éléments de conclusion.....	84
3. Relation entre Homme, tâche et activité.....	85
3.1 Enjeux de l'analyse du travail en PTO.....	85
3.2 Tâche et activité, modalités incontournables de l'analyse du travail.....	87
3.3 Traiter le réel via la régulation.....	92
Éléments de conclusion.....	95
4. La santé sous le prisme du travail.....	96
4.1 Approche de la santé en France.....	99
4.2 Liens entre santé et travail.....	104
4.3 Les conditions de travail en lien avec la santé en France.....	110
Éléments de conclusion.....	115
SYNTHESE DU CHAPITRE.....	116
II. CHAPITRE II – LES CONDUITES ADDICTIVES : POSITIONNEMENT ET RELATIONS AVEC LE TRAVAIL.....	117
1. Drogues et SPA : quelques éclaircissements.....	117
1.1 Aux origines des drogues.....	117
1.2 Drogues et substances psychoactives, quelles définitions ?.....	118
Éléments de conclusion.....	121
2. Les « conduites addictives », héritières des addictions ?.....	121
2.1 Aux origines des conduites addictives, une approche descriptive.....	123
2.2 L'approche compréhensive, berceau des conduites addictives.....	131
Éléments de conclusion.....	136
3. Travail et consommation de SPA, relation(s) complexe(s).....	137
3.1 Etat des lieux des consommations de substances au travail.....	140
3.2 Production de connaissances autour du lien « Travail et Consommation de SPA »	149

Éléments de conclusion.....	155
SYNTHESE DU CHAPITRE	156
III. CHAPITRE III – LES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES : SOURCE DE CONNAISSANCES PRATIQUES ?	158
1. Les représentations sociales, éléments théoriques	158
1.1 Origine du concept des représentations sociales.....	158
1.2 Genèse et formation des représentations sociales	160
1.3 Fonction des représentations sociales.....	163
1.4 L’approche structurale et la théorie du noyau central.....	164
Éléments de conclusion.....	167
2. Des représentations sociales aux représentations professionnelles.....	168
2.1 Processus transitionnel entre représentations sociales et représentations professionnelles	169
2.2 Contenu et fonctions des représentations professionnelles	172
Éléments de conclusion.....	177
SYNTHESE DU CHAPITRE	179

PARTIE III - DEVELOPPEMENT DE L'ETUDE

INTRODUCTION.....	184
I. CHAPITRE I – ÉMERGENCE DE LA PROBLÉMATIQUE.....	184
1. La prévention en France : du cadre institutionnel aux structures locales	184
1.1 Historique et organisation de la prévention en France	184
1.2 Evolution et organisation des Services de Santé au Travail Interentreprises	189
1.3 Le SMTVO	191
1.4 De l’expérience à la problématique.....	195
II. CHAPITRE II – PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	198
1. Enjeux et objectifs	198
2. Axes d’investigations.....	200

2.1 AXE I – Enquête sur les représentations professionnelles du lien entre travail et conduites addictives auprès du personnel de santé en Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI)	200
2.2 AXE II – Développement d’actions de prévention au sein des entreprises adhérentes à SMTVO.	201
III. CHAPITRE III – AXE I : LES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES DU LIEN ENTRE TRAVAIL ET CONDUITES ADDICTIVES AUPRES DU PERSONNEL DE SANTE EN SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES (SSTI)	203
1. Méthodologie	203
1.1 Objet de recherche et objet des représentations professionnelles	203
1.2 Le questionnaire.....	208
2. Résultats.....	225
2.1 Éléments de contexte	226
2.2 Association libre et hiérarchisation	238
2.3 Questionnaire de caractérisation	268
2.4 Préconisations.....	277
2.5 Aspect épistémologique	298
3. Discussion.....	303
3.1 Une population hétérogène	303
3.2 Une diversité d’approche pour une même thématique.....	304
3.3 Une représentation professionnelle des acteurs de SSTI centrée sur l’individu.....	307
3.4 ...et potentiellement en transition	309
3.5 Des représentations professionnelles différentes pour chaque fonction.....	311
3.6 Une prédominance des facteurs sociaux dans l’influence à la consommation	315
3.7 Un lien fort supposé entre représentation, pratique professionnelle et cadre institutionnel	316
3.8 Limites de l’axe I.....	321
Synthèse de l’axe I	325
IV. CHAPITRE IV – AXE II : DEVELOPPEMENT D’ACTIONS DE PREVENTION AU SEIN DES ENTREPRISES ADHERENTES A SMTVO.....	326
1. Méthodologie	326

1.1 Les missions du psychologue du travail et ergonome à SMTVO	326
1.2 Les monographies d'entreprises.....	333
2. Traitement des données.....	335
3. Résultats.....	336
3.1 Monographie 1 – Entreprise de logistique (Octobre 2017 – Décembre 2020).....	337
3.2 Monographie 2 – Agence de traitement des déchets (Juin 2018 – Décembre 2018)	371
3.3 Monographie 3 – Entreprise de production d'emballages en plastique (Avril 2018 – Décembre 2020).....	384
3.4 Monographie 4 – Musée et monument historique (Mai 2019 – Décembre 2019) ...	404
3.5 Projets annexes aux interventions	423
4. Discussion.....	429
4.1 L'intervention en prévention primaire en santé au travail repose sur un ensemble de conditions.....	429
4.2 Prévention et pluridisciplinarité, une dynamique cadrée par le fonctionnement des SSTI.....	441
4.3 Limites de l'axe II.....	448
Synthèse de l'axe II.....	453

PARTIE IV - DISCUSSION GENERALE

INTRODUCTION.....	455
1. APPORTS THÉORIQUES.....	455
1.1 Représentations, pratiques professionnelles et prévention : une relation indissociable	455
1.1 La prévention des conduites addictives en milieu de travail : un positionnement social et politique complexe	457
1.2 Des frontières indistinctes en matière de prévention	459
2. APPORTS MÉTHODOLOGIQUES.....	462
2.1 Intérêt de l'étude des représentations professionnelles	462
2.2 Intérêt d'une recherche-action.....	464

3. IMPLICATIONS PRATIQUES.....	466
3.1 Recommandations sur la sensibilisation et le développement des acteurs de SSTI ..	466
3.2 Recommandations sur la formation des acteurs en milieu de travail	467
3.3 Recommandations sur le développement interne et externe de la pluridisciplinarité .	468
4. APPORTS DE LA PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL A LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU DE TRAVAIL.....	470
5. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	472
BIBLIOGRAPHIE.....	475

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – <i>Cadre théorique (première version)</i>	67
Figure 2 – <i>Cadre théorique (nouvelle version)</i>	68
Figure 3 – <i>Niveaux d’analyse et d’intervention de la Psychologie du Travail et des Organisations (Louche, 2018)</i>	78
Figure 4 – <i>Schématisation du modèle du système des activités (d’après Curie, 2002)</i>	83
Figure 5 – <i>Schéma à Cinq Carrés adapté de Leplat et Cuny (1977), Christol et de Terssac, Guérin et al. (2006)</i>	90
Figure 6 – <i>Les composantes de la carte de la santé et de ses déterminants (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012, p.7)</i>	98
Figure 7 – <i>Modèle de la production sociale de la santé et de la sécurité du travail (Montreuil et al., 2013, p. 9)</i>	108
Figure 8 – <i>Classification des théories de l’addiction (West & Brown, 2013, p.153)</i>	123
Figure 9 – <i>Modèle biopsychosocial des addictions (Sting & Blum, 2003)</i>	133
Figure 10 – <i>Passage des représentations sociales aux représentations professionnelles (Piasser et Bataille, 2013, cité dans Piasser et Ratinaud, 2010, p.11)</i>	170
Figure 11 – <i>Coexistence des deux ordres de représentations (Piasser et Bataille, 2013, p.6)</i>	171
Figure 12 – <i>Différentes dimensions des représentations professionnelles (Blin, 1997, p.91)</i>	173
Figure 13 – <i>Synthèse de la problématique des représentations, pratiques et identités professionnelles (Blin, 1997, p.106)</i>	177
Figure 14 - <i>Synthèse du système de prévention français (Charpentreau, 2015, p.11)</i>	187
Figure 15 – <i>Couverture géographique du SMTVO (2019)</i>	192
Figure 16 – <i>Organigramme SMTVO (2019)</i>	194
Figure 17 – <i>Etapes de développement du questionnaire</i>	209
Figure 18 – <i>Configuration d’une passation type</i>	219
Figure 19 – <i>Modifications effectuées à la suite du pré-test v.1</i>	220
Figure 20 – <i>Modifications effectuées à la suite du pré-test v.2</i>	222
Figure 21 – <i>Représentation professionnelle des conduites addictives de l’échantillon global</i>	307

Figure 22 – <i>Illustration des pratiques contraignantes et non contraignantes d'après Blin (1997, p.146).</i>	318
Figure 23 – <i>Phases de préparation des interventions en prévention des facteurs de risques psychosociaux.</i>	328
Figure 24 – <i>Phases de préparation des interventions de sensibilisation sur les conduites addictives en entreprise</i>	331
Figure 25 – <i>Structure des monographies.</i>	334
Figure 26 – <i>Exemple de diagramme de suivi d'intervention</i>	336
Figure 27 – <i>Diagramme de l'intervention en prévention des facteurs de RPS au sein de l'entreprise de logistique</i>	341
Figure 28 – <i>Diagramme de l'intervention en prévention des conduites addictives au sein de l'entreprise de logistique</i>	350
Figure 29 – <i>Proposition d'un plan d'intervention pour la prévention des conduites addictives.</i>	354
Figure 30 – <i>Exemple de parcours lunettes simulation alcool.</i>	358
Figure 31 – <i>Exemple du contenu de la « valise alcool ».</i>	358
Figure 32 – <i>Classification des niveaux de risque concernant l'usage de médicaments et la conduite</i>	359
Figure 33 – <i>Gobelet doseur.</i>	360
Figure 34 – <i>Thématiques abordées lors des entretiens d'évaluation pour la monographie n°1</i>	363
Figure 35 – <i>Diagramme d'intervention au sein de l'agence de traitement des déchets</i>	373
Figure 36 – <i>Diagramme de l'intervention en prévention des facteurs de RPS au sein de l'entreprise de production d'emballages plastiques</i>	389
Figure 37 – <i>Diagramme de l'intervention de sensibilisation sur la thématique des conduites addictives au sein du musée et monument historique.</i>	406
Figure 38 – <i>Retours identifiés dans le cadre des questionnaires de satisfaction....</i>	415
Figure 39 – <i>Thématiques abordées lors des entretiens d'évaluation pour la monographie n°4.</i>	416

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – <i>Caractéristiques du noyau central et du système périphérique constitutifs d'une représentation sociale (Abric, 1994, p.80)</i>	167
Tableau 2 – <i>Historique des évolutions politiques et réglementaires concernant la santé au travail en France</i>	185
Tableau 3 – <i>Synthèse des critères d'appartenance au champ des représentations (selon Blin, 1997, p.85)</i>	204
Tableau 4 – <i>Récapitulatif des différents thèmes du questionnaire</i>	210
Tableau 5 – <i>Présentation du type de données recueillies et modalités de réponses associées pour la thématique : « Éléments de contexte »</i>	211
Tableau 6 – <i>Présentation du type de données recueillies et modalités de réponses associées pour la thématique : « Préconisations »</i>	216
Tableau 7 – <i>Synthèse du traitement des données concernant le questionnaire</i>	225
Tableau 8 – <i>Réponses détaillées de la catégorie « Autre »</i>	230
Tableau 9 – <i>Réponses détaillées de la catégorie « Autre »</i>	230
Tableau 10 – <i>Synthèse des résultats observés concernant les éléments de contexte</i>	238
Tableau 11 – <i>Tableau théorique d'analyse des évocations hiérarchisées (Abric, 2003)</i>	239
Tableau 12 – <i>Synthèse des thématiques et catégories issus de l'analyse des évocations hiérarchisées</i>	242
Tableau 13 – <i>Thématique du champ des usages</i>	243
Tableau 14 – <i>Thématique du champ des conséquences</i>	244
Tableau 15 – <i>Thématique du champ des caractéristiques des conduites addictives</i>	245
Tableau 16 – <i>Thématique du champ de la prévention</i>	246
Tableau 17– <i>Thématique du champ des facteurs de consommation</i>	247
Tableau 18 - <i>Comptabilisation des occurrences, de l'effectif cumulé, de la médiane et du rang seuil</i>	248
Tableau 19 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives (263 sujets)</i>	250
Tableau 20 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les médecins (127 sujets)</i>	255

Tableau 21 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les infirmiers (88 sujets)</i>	257
Tableau 22 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les préventeurs (70 sujets)</i>	258
Tableau 23 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les répondants ayant reçu une formation (170 sujets)</i>	260
Tableau 24 – <i>Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les répondants n’ayant pas reçu de formation (134 sujets)</i>	262
Tableau 25 – <i>Comparatif des différentes représentations en fonction des facteurs d’analyse</i>	264
Tableau 26 – <i>Etude comparative des caractérisations des items en fonction des professions</i>	272
Tableau 27 – <i>Classement des propositions concernant les facteurs d’influence de consommation de SPA supplémentaires</i>	274
Tableau 28 – <i>Synthèse des résultats observés concernant l’évaluation du degré d’importance perçu vis-à-vis de la pluridisciplinarité</i>	280
Tableau 29 – <i>Pourcentage des participants ayant connaissance de mesures de prévention à mettre en place</i>	281
Tableau 30 – <i>Actions de prévention en milieu de travail en fonction des types de prévention</i>	282
Tableau 31 – <i>Actions de prévention réalisées en SSTI en fonction des types de prévention</i>	284
Tableau 32 – <i>Actions de prévention réalisées hors SSTI en fonction des types de prévention</i>	286
Tableau 33 – <i>Ressources en lien direct avec les entreprises</i>	288
Tableau 34 – <i>Ressources générales</i>	289
Tableau 35 – <i>Ressources générales</i>	290
Tableau 36 – <i>Ressources externes aux SSTI</i>	291
Tableau 37 – <i>Ressources réglementaires</i>	292
Tableau 38 – <i>Ressources réglementaires</i>	293
Tableau 39 – <i>Freins en lien direct avec les entreprises</i>	294
Tableau 40 – <i>Freins généraux</i>	295
Tableau 41 – <i>Freins propres aux SSTI</i>	295
Tableau 42 – <i>Autres types de freins</i>	296

Tableau 43 – <i>Différences entre conduites addictives et addiction</i>	300
Tableau 44 – <i>Synthèse des échanges téléphoniques</i>	364
Tableau 45 – <i>Programme d'intervention « type » proposé à l'issue des réunions « Interventions QVT »</i>	413
Tableau 46 – <i>Synthèse des échanges téléphoniques</i>	417
Tableau 47 – <i>Synthèse des monographies</i>	422

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 – <i>Ateliers de prévention des conduites addictives au sein de l'entreprise de logistique</i>	362
Illustration 2 – <i>Intervention au sein de l'agence de traitement des déchets</i>	380
Illustration 3 – <i>« Intervention QVT » au sein de l'entreprise</i>	415
Illustration 4 – <i>« Matinale Conduites Addictives » réalisée en 2018 au SMTVO</i> ..	424

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – <i>Répartition des répondants en fonction de leur région d'exercice</i> ...	227
Graphique 2 – <i>Répartition des répondants en fonction de leur région d'exercice</i> ...	228
Graphique 3 – <i>Nombre d'adhérents aux SSTI des répondants</i>	229
Graphique 4 – <i>Secteur d'habilitation des SSTI</i>	229
Graphique 5 – <i>Fonction des participants</i>	230
Graphique 6 – <i>Ancienneté des participants (en années)</i>	232
Graphique 7 – <i>Moyennes de l'ancienneté des répondants répartie selon la fonction exercée (en années)</i>	232
Graphique 8 – <i>Taux de participants ayant reçu une formation spécialisée en prévention des conduites addictives (%)</i>	233
Graphique 9 – <i>Scores lié au temps alloué à la prévention des CA en milieu de travail et au degré d'intérêt pour la thématique</i>	234
Graphique 10 – <i>Illustration des comparaisons du degré d'intérêt perçu en fonction de la formation</i>	237
Graphique 11 – <i>Matrice de corrélation entre le rang moyen d'apparition (occurrence) et le rang moyen d'importance</i>	254
Graphique 12 – <i>Score de caractérisation pour l'échantillon global (232 sujets)</i>	270

LISTE DES SIGLES

AC – Amélioration Continue

ADDITRA – Addictologie & Travail

AFISST – Association Française des Intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail

AMT – Action en Milieu de Travail

ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANPAA – Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ANRT – Association nationale de la recherche et de la technologie

APA – American Psychiatric Association

API – Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARACT – Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS – Agences Régionales de Santé

ATST – Assistants Techniques de Santé au Travail

BA – Bénéfices Agricoles

BIC – Bénéfices Industriels et Commerciaux

BNC – Bénéfices Non Commerciaux

BTP – Bâtiment et Travaux Publics

CA – Conduites Addictives

CARSAT – Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CHSCT – Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIFRE – Convention industrielle de formation par la recherche

CIM – Classification Internationale des Maladies

CMR – Cancérogènes, Mutagènes et toxiques pour la Reproduction

CNAM – Conservatoire National des Arts et Métiers

CNAMTS – Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNRS – Centre Nationale de Recherche Scientifique

COCT – Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

COG – Convention d'Objectifs et de Gestion

CRP-CPO – Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations

CRPRP – Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels

CS – Cannabinoïdes de Synthèse

CSE – Comité Social et Économique

CSSCT – Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail

DARES – Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

DIRECCTE – Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM – Diagnostic Statistic Manual

DU – Document Unique

ESSEC – École Supérieures des Sciences Économiques et Commerciales

EUROFOUND – Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

EVREST – Evolutions et Relations en Santé au Travail

HEC – Hautes Études Commerciales

IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES – Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé

INRS – Institut national de recherche et de sécurité

INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS – Institut National de Veille Sanitaire

IPRP – Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

ISTNF – Institut de Santé au Travail du Nord de la France

J.O.U.E – Journal Officiel de l'Union Européenne

MEC – Mise en Cause

MILDECA – Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MILDT – Mission interministérielle de la Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

MSA – Mutuelle Sociale Agricole

NAO – Négociations Annuelles Obligatoires

NPS – Nouveaux Produits de Synthèse

OFDT – Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OIT – Organisation Internationale du Travail

ORST – Observatoire Régional de la Santé au Travail

PME – Petites et Moyennes Entreprises

PNAC – Plan National d'Action Concertés

PNRT – Programme National de Réduction du Tabagisme

PRST – Plan Régional de Santé au Travail

PST – Plan Santé Travail

PTO – Psychologie du travail et des organisations

QHSE – Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement

QVT – Qualité de Vie au Travail

RP – Représentations professionnelles

RPIB – Repérage précoce et intervention brève

RPS – Risques psychosociaux

SCB – Schéma Cognitif de Base

SFA – Société Française d'Alcoologie

SFMT – Société Française de Médecine du Travail

SMIBTP – Services Médicaux Interentreprises Bâtiment – Travaux Publics

SMTVO – Service de Médecine du Travail de la Vallée de l'Oise

SPA – Substances psychoactives

SPS – Soins aux Professionnels de la Santé

SST – Service de Santé au Travail

SSTI – Service de Santé au Travail Interentreprises

STIVAB – Santé et Travail dans l'Industrie de la Viande

SUMER – Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques Professionnels

TCP – Travail Collectif Pluridisciplinaire

TIC – Test d'Indépendance au Contexte

TMS – Troubles Musculosquelettiques

TPE – Très Petites Entreprises

UE – Union Européenne

UPJV – Université de Picardie Jules Verne

VIP – Visite d'Information et de Prévention

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. PREMISSES

L'année 2016 a été le théâtre de nombreux changements dans notre parcours. Suite à un premier Master « professionnel », nous avons été diplômés en tant que Psychologue du Travail et des Organisations et Ergonome de l'Université de Picardie Jules Verne, nous sommes à ce moment acteurs d'une réflexion profonde sur la poursuite de nos objectifs professionnels. Parmi celles-ci subsiste une volonté particulière de travailler sur une thématique précise : la question des consommations de substances psychoactives (ou SPA), de leur consommation et de leurs impacts. Vaste question. En effet, les travaux d'étude réalisés lors de la Licence en psychologie n'ont fait qu'attiser une curiosité déjà palpable, et renforcer le souhait d'aller plus loin encore dans la recherche.

Ces premières pistes de réflexion établies nous ont conduit à de nombreux échanges, et tout particulièrement avec le Directeur de Formation de notre Master 2 « Facteur Humain et Systèmes de Travail », le Professeur Gérard Valléry. Après lui avoir témoigné cette volonté de construire un projet de recherche sur cette thématique, nous sommes arrivés à un constat commun :

- Réaliser un doctorat – ou tout autre type d'étude – en psychologie du travail et des organisations (PTO) implique un côté « pratique ». En d'autres termes, les conditions de recherche se situent dans l'observation du réel. Il est donc important et nécessaire de trouver un terrain d'action ;
- Il semblerait que la thématique de consommation de SPA soit encore peu exploitée dans le domaine de la Psychologie du Travail et des Organisations (PTO) ce qui laisse des perspectives de recherches potentiellement innovantes et intéressantes ;
- Cette même thématique semble nourrir un questionnement nouveau dans le monde du travail, longtemps après n'avoir été traitée que dans le cadre de la santé publique.

Parallèlement à ces constats, 2017 s'inscrit comme une étape particulière en matière de recherche et de prévention sur la question des consommations de substances psychoactives. En effet, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) atteint la dernière année du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ce dernier portait trois axes majeurs :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation : en progressant dans la compréhension des conduites addictives ; en soutenant la recherche sur les nouveaux traitements médicamenteux et les stratégies thérapeutiques innovantes ainsi que les recherches en sciences sociales ; en faisant de la recherche un outil d'aide à la décision ;
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publiques au niveau national et international en luttant contre les trafics et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives : en favorisant l'acceptabilité sociale des usagers, des dispositifs de soins et de réduction des risques notamment par les actions de médiation sociale ; en améliorant l'articulation entre les champs judiciaire et sanitaire ; en luttant contre le trafic au niveau local et international ; en prenant en compte les phénomènes émergents en matière de trafic ;
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes ; en améliorant le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogue ; en rapprochant les dispositifs des populations les plus éloignées (que ce soit pour des raisons géographiques ou sociales) ; par la prévention des addictions dans le monde du travail.

Au sein de ce plan gouvernemental, la question de la prévention des addictions dans le monde du travail était donc une priorité. A terme, le gouvernement souhaitait une amplification de cette politique. Ainsi, un plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 a été validé par le cabinet du Premier ministre le 19 décembre 2018 (MILDECA, 2019). Ce dernier est composé de 6 axes aux différentes

priorités. La priorité n°5 est intitulée : « Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail ». Le monde du travail reste donc un enjeu et un axe important dans la prévention des addictions.

Forts de ces constats, notre choix de nous inscrire dans une démarche de recherche sur cette thématique s'est donc confirmé. Il s'agissait alors de le rendre plus concret.

Un premier contact à l'Institut Santé Travail du Nord de la France (ISTNF) – dont la mission principale est d'accompagner les médecins du travail, équipes et services de santé au travail, entreprises et partenaires institutionnels des Hauts-de-France dans une perspective de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail – a été établi pour témoigner la volonté de réaliser un projet de thèse sur la consommation de substances psychoactives dans le monde du travail. Nos échanges ont notamment permis de structurer les bases de notre démarche en initiant la question des acteurs du monde du travail qui seraient susceptibles d'adhérer au projet. Rapidement, nos regards se sont tournés vers les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI), véritables intermédiaires entre les mondes de la santé et du travail.

Les premiers contacts dans le monde des SSTI semblent avoir un regard frileux sur le projet. Certaines structures paraissent intéressées sans imaginer pour autant comment cette recherche pourrait s'ancrer dans leur réalité. Au fur et à mesure de nos recherches, il s'est avéré qu'un organisme semblait ouvert aux discussions : le Service de Médecine du Travail de la Vallée de l'Oise (SMTVO), basé à Compiègne.

Une première rencontre fut établie en Janvier 2017 avec la Directrice de l'époque et le Médecin Coordonateur du service afin de nous présenter et leur faire part de nos motivations. Les contours de notre projet tendaient peu à peu à se dessiner. Il s'agissait de mettre en œuvre une recherche scientifique axée sur le développement des connaissances en matière de prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu professionnel.

Parallèlement à cette aspiration, il s'avère que le SMTVO possède un projet de service établi sur cinq ans (2016 – 2021). Au sein de ce projet, plusieurs axes sont établis avec divers objectifs à développer. Un objectif particulier, le numéro 9 est intitulé : « *Contribuer à la réduction de l'impact socio-économique par la prévention des conduites addictives* ». Les objectifs spécifiques de cet axe sont multiples :

- Informer, sensibiliser les salariés sur l'usage de substances psychoactives et ses conséquences ;
- Apporter une aide aux managers et au collectif de travail pour la gestion du risque sécuritaire ;
- Etablir un diagnostic sur les conduites addictives dans l'entreprise afin de définir, par la suite, les priorités d'actions ;
- Améliorer le travail en réseau : travailler ensemble avec l'apport des compétences et des spécificités de chacun.

Depuis 2014, un groupe « Addictions » a été constitué au sein du service dont les objectifs sont :

- Développer la formation des médecins et infirmiers de santé au travail (IDST) sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) pour la prévention des pratiques addictives en milieu professionnel ;
- Réaliser un état des lieux pour définir les priorités d'actions ;
- Mettre en place un programme d'actions sur la prévention des addictions avec notamment le renforcement des sensibilisations sur les produits addictifs, en direction des salariés mais aussi de l'encadrement et des membres des CHSCT ;
- Formaliser un réseau de médecins du travail, IDST, médecins généralistes, addictologues, centre de cure et de post cure ;
- Accompagner l'employeur dans la rédaction du DU pour ce type de risque, apporter des conseils et déterminer les conduites à tenir.

Il s'agit aussi d'améliorer le programme d'actions sur la prévention, l'accompagnement et le conseil auprès des employeurs dans la rédaction du

Document Unique¹ (DU) pour ce type de risque. L'idée globale est de pouvoir apporter des références et cadres à la fois théoriques et méthodologiques aux membres du SMTVO afin de les aider dans leurs pratiques d'intervention, et ce par la conception d'outils visant à la fois une meilleure compréhension des conduites addictives et une prise en charge adaptée des salariés. Ces perspectives répondent à une logique de co-construction des actions avec l'ensemble des acteurs impliqués, compte tenu de la complexité de la problématique (soignants, préventeurs, entreprises...).

Suite à nos échanges, le SMTVO accepte d'ouvrir ses portes afin que nous puissions y ancrer le projet de doctorat en Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE). Ce type de convention permet de subventionner toute entreprise qui embauche un doctorant pour le placer au cœur d'une collaboration de recherche avec un laboratoire public. Les travaux doivent préparer à la soutenance d'une thèse. Les CIFRE sont un dispositif majoritairement financé par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation qui en a confié la mise en œuvre à l'Association Nationale de Recherche et Technologie (ANRT).

La durée des démarches de candidature pouvant être importante, le service de santé accepte de nous accueillir en tant que stagiaire pour une durée de six mois, à partir de Février 2017. Corollairement à cet événement, nous avons décidé de nous réinscrire en Master 2, parcours recherche en PTO et Ergonomie de l'UPJV afin d'amorcer les premiers tenants théoriques et pratiques du futur doctorat.

Ces six mois de stage nous ont été bénéfiques pour plusieurs raisons que nous expliquerons brièvement dans un premier temps.

Ils nous ont permis de faire nos premiers pas dans le monde la santé au travail, encore inconnu à nos yeux d'un point de vue pratique. Nous avons notamment pris connaissance et conscience de l'importance de son rôle, de ses missions, de sa richesse et de sa diversité. Nous avons également pu comprendre et découvrir les contraintes et la complexité auxquelles cet univers pouvait être exposé.

¹ Le document unique d'évaluation des risques (DUERP) est un document d'inventaire et de hiérarchisation des risques professionnels qui sous-tend le programme de prévention annuel de l'entreprise établi par l'employeur (Editions Législatives, 2018)

Ce stage aura notamment été une réelle plus-value sociale en termes d'intégration au collectif. Un recrutement fait appel à de nombreuses compétences, à la fois pour la personne recrutée mais aussi pour le personnel déjà présent. Adaptation, réorganisation, adoption de nouveaux codes et nouvelles pratiques, développement de lien socioprofessionnels... ces six mois auront eu le bénéfice d'amorcer ce travail, et ainsi d'économiser un temps non négligeable qui aurait été requis au début du contrat CIFRE.

Cette découverte s'est associée au développement de la genèse théorique de ce projet par la réalisation d'un mémoire de recherche, une modalité incontournable pour la validation de notre Master 2. En effet, ce stage nous a permis de comprendre quelle place la psychologie du travail et des organisations pouvait occuper dans le monde de la santé au travail, et plus particulièrement au sein du SMTVO. En parallèle, nous avons pris conscience de l'importance de la prévention, notamment en lien avec la consommation de SPA. Ce premier pas au sein des SSTI nous ont poussé à nous questionner sur la vision des personnels de santé au travail sur cette question des consommations de substances ; et ce plus largement sur les notions : « d'addiction », de « dépendance », et de « conduites addictives ». L'ensemble de ces éléments a largement contribué à l'établissement des contours du projet de recherche globale.

Forts de ces premières expériences ainsi que de notre validation du Master 2, nous avons pu continuer à œuvrer pour la validation du contrat CIFRE. Ce dernier inscrit un partenariat avec l'UPJV et le Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations (CRP-CPO). Le contrat CIFRE a ainsi pu commencer début Janvier 2018, pour une durée de trois ans.

Synthèse

Ce temps d'introduction, court mais nécessaire, permet une compréhension de la logique de construction du projet professionnel et du projet de recherche. C'est un balisage temporel important aidant à l'appréhension de notre parcours.

Le choix de la réalisation de cette thèse découle à la fois d'un intérêt patent pour la thématique de consommation de substances psychoactives, mais aussi d'un désir de développer les savoirs théoriques et pratiques. Aborder cette thématique du point de vue de la psychologie du travail et des organisations paraissait également s'inscrire dans une démarche novatrice et peu investiguée

PARTIE I

DE LA DECOUVERTE A L'APPROPRIATION DES ENJEUX

I. PREMIER TREMPLIN – LE MEMOIRE DE RECHERCHE

1. Contexte de réalisation

Comme nous l'avons précisé, la construction de ce doctorat s'est mise en œuvre par plusieurs moyens, notamment la réalisation d'un mémoire de recherche. Il nous semblait important d'inclure les grandes lignes de ce travail préliminaire.

Ce mémoire de recherche a donc été réalisé au sein du SMTVO pendant l'année 2017. A cette période, nous n'étions pas encore acteur en tant que psychologue du travail et ergonomiste au sein du service. Notre statut de stagiaire nous a permis de découvrir les métiers de la structure, et de commencer graduellement à fonder nos connaissances dans le domaine de la consommation de substances. Cette première étape de recherche questionnait assez globalement la notion de travail, de consommation de SPA et de transformation de l'Homme : « Au sein de ce mémoire de recherche, l'objectif est de pouvoir traiter la question de l'Homme au Travail sous un angle particulier en y inférant un phénomène sociétal : celui de l'addiction et de la conduite addictive » (Fettah, 2017).

Après avoir dépeint la situation globale du travail en France, fait un rapide état des lieux des déterminants lexicaux relatifs à la consommation de SPA, ainsi que leurs liens théoriques avec le monde du travail ; nous avons établi un objectif global axé sur le développement général des connaissances pratiques au sujet des addictions et du travail : « l'idée est de comprendre quelle vision les membres d'un service de santé au travail ont au regard de cette thématique » (Fettah, 2017). Pour atteindre ce but, nous avons décidé d'utiliser une approche qualitative auprès des salariés du service de santé. La problématique adoptée pour réaliser ce travail consistait à mettre en œuvre un outil qualitatif pour accéder aux représentations des personnes concernées sur la question du lien entre travail, consommation et addictions aux SPA.

L'objectif global et la problématique définis, nous avons établi trois objectifs « pratiques » :

1. Réaliser une approche globale et sociétale du concept de drogue² ;
2. Explorer le lien entre Travail et Conduites Addictives ;
3. Recenser les expériences professionnelles en lien avec la prévention.

Par le biais d'un guide d'entretien, 14 collaborateurs répartis sur les secteurs de Compiègne (n=9) et de Creil (n=5) ont été interrogés. Pour ce faire, des rendez-vous avec plusieurs participants qui ont manifesté un intérêt particulier pour la démarche ont été fixés. Afin d'avoir un échantillon représentatif, il s'agissait d'interroger l'ensemble des professions étant au contact de salariés, mais également ayant un rapport avec les dispositifs de préventions et de sensibilisation à toutes formes d'addiction. L'échantillon était composé de médecins du travail (n=4), d'infirmières en santé au travail (n=4), de secrétaires médicales (n=4), une psychologue du travail et ergonomiste (n=1) et le responsable du pôle technique et organisationnel / intervenant en prévention des risques professionnels (n=1).

2. Synthèse des résultats

L'analyse des résultats de ces entretiens a permis de souligner plusieurs points que nous expliciterons brièvement ci-dessous :

- Les entretiens ont mis en lumière la richesse lexicale dont ont fait preuve les participants lorsqu'il s'agissait de définir le terme : « drogue » ;
- Des divergences de représentations ont été soulignées :
 - o Il semblerait que les médecins du travail et les infirmières du travail ne fassent pas de différenciation entre les termes : « conduites addictives » et « addictions » contrairement aux secrétaires médicales et intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ;
 - o Lorsque l'on parle de « drogue », les médecins et infirmières du travail font plus souvent appel à des attributs chimiques ou toxicologiques. A l'inverse, les IPRP et secrétaires médicales énoncent majoritairement des attributs relatifs aux altérations de la santé.

² A ce moment, nous avons adopté cette appellation dans le cadre de notre travail. Par la suite, en élaborant notre projet de doctorat, nous avons sélectionné le terme « substance psychoactive ».

- Les résultats montrent également une convergence des représentations pour l'ensemble des participants sur trois aspects :
 - Sur le fait que les addictions et conduites addictives concernent l'ensemble des catégories professionnelles ;
 - Sur les impacts psychologiques et physiologiques de la consommation de SPA, notamment dans le cadre du travail (perte de vigilance, modification de la perception, accroissement du risque d'erreur...) ;
 - Sur le principe que des facteurs professionnels (organisationnels, sociaux, temporels...) peuvent potentiellement avoir un impact sur la consommation de SPA.

- La façon d'aborder la prévention a également été discutée. Sur ce sujet, les représentations des participants semblent légèrement différentes :
 - Les médecins du travail sont axés sur la notion de prise en charge ;
 - Les infirmières du travail et IPRP évoquent le rôle d'informateur, de transmission d'information dans le cadre d'intervention ou de sensibilisation ;
 - Les secrétaires médicales estiment ne pas vraiment avoir de rôle à jouer concernant les addictions. En effet, elles déclarent ne pas être formées à ce type de situations, et lorsque cela se présente, ces dernières font d'abord preuve d'écoute avant de pouvoir réorienter rapidement vers un médecin ou une infirmière.

- Enfin, en fin d'entretien, la question des freins et leviers concernant la prévention des conduites addictives a été abordée :
 - Concernant les difficultés, les participants évoquent principalement le manque de formation, le temps alloué à ce sujet, et le manque de connaissance du personnel interne, des salariés et des employeurs.
 - A l'inverse, l'accord des employeurs, la coopération interne et externe, les partenariats et la recrudescence des entreprises souhaitant travailler sur le sujet sont identifiés comme les principaux leviers d'action.

Élément de conclusion

Réaliser un mémoire de recherche sur la thématique des conduites addictives et de leur lien avec le travail, sous l'angle de la psychologie du travail et des organisations, fut une expérience enrichissante et novatrice. L'ensemble des connaissances développées autour de la question des risques professionnels en lien avec l'organisation de travail peut nous permettre d'avancer des réflexions sur la place des substances psychoactives en milieu professionnel. Ce premier travail a permis de mettre en lumière plusieurs faits. Les entreprises sont effectivement concernées par les addictions en raison de leur ampleur, des enjeux de santé auxquels elles doivent répondre, et de la question de la sécurité au travail dont dépendent les principes de prévention.

Comme l'ont montré les résultats de cette brève enquête, les représentations du personnel de santé au travail indiquent que la présence de personnes sous l'emprise d'une substance psychoactive peut mettre en danger la santé et la sécurité des salariés, à la fois pour eux-mêmes et pour leur entourage : le ralentissement des fonctions de vigilance, la modification de la perception du danger ou l'accroissement du risque d'erreurs peuvent être à l'origine de problématiques graves dans une entreprise. Néanmoins, les apports de l'étude ont montré qu'il existe des divergences. Ces dernières sont d'ordre épistémologique avec la mise en lumière de dissemblances lexicales au niveau des représentations du personnel interrogé (différence entre drogue, addiction, conduite addictive...). D'autre part, il existe des lacunes en termes de théorisation et de mise en lien des facteurs du Travail et de l'addiction. Enfin, ces divergences sont d'ordre pratique sur la question de la prise en charge, difficile à maintenir et améliorer car souvent restreinte au « carcan législatif et déontologique » (impossibilité de pouvoir accéder au dossier médical du médecin généraliste, possibilités de suivi limitées, respect du secret médical...). La question de la formation du personnel peut également avoir un lien avec la prise en charge des personnes atteintes d'addiction.

La mise en lumière de tels faits était importante, mais ne constituait pas une fin en soi. Avec un point de vue plus orienté vers la pratique, la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire semblait alors devenir une des voies les plus logiques et directes pour lutter contre les risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés. A ce titre, agir sous l'angle de la psychologie du travail pouvait être un

bon moyen de parvenir à cet objectif. Après tout, la pratique ne serait-elle pas l'une des sources principales de développement des connaissances ?

Ce premier travail de découverte étant achevé et le dispositif CIFRE validé, les bases de notre travail de recherche étaient donc consolidées. Néanmoins, il nous paraissait important d'essayer de développer un regard plus large sur la question de la consommation de SPA en lien avec le monde du travail. Les conclusions tirées du mémoire de recherche ont montré que cette thématique se situait à la croisée de nombreuses approches, à la fois ancrées dans des disciplines et des pratiques. Il paraissait donc pertinent d'appréhender le regard de professionnels dans d'autres domaines que celui de la santé au travail afin de cibler les enjeux de notre travail.

II. CROISER LES APPROCHES POUR CIBLER LES ENJEUX

Animé par cette dynamique de développer nos propres connaissances sur le sujet afin de bien cerner les enjeux de notre travail, nous souhaitons aborder plus largement la question des conduites addictives en prenant du recul vis-à-vis de notre jeune expérience auprès du SMTVO, le point d'ancrage de notre travail. Pour ce faire, nous avons pris la décision d'organiser des rencontres avec des personnes qualifiées et expertes au sujet de notre thématique de recherche.

1. Les rencontres de contextualisation

1.1 Choix de l'outil et de l'échantillon

L'entretien non directif (ou entretien non pré-structuré) est un outil de recherche exploité dans le cadre d'études qualitatives. Il permet la collection de données par l'interaction entre un « enquêteur » et un(e) « enquêté(e) » autour d'une thématique générale. Il est important de noter ici que cette méthodologie n'a pas d'objectif « unique », et que les conceptions autour de cet outil sont multiples. De ce fait, nous nous appuyons sur l'usage désigné par Guy Michelat (cité dans Duschene, 2000, p.230) qui est premièrement de : « *rendre compte des systèmes de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture* ».

La volonté d'utiliser cet outil s'explique également par le souhait de proposer une approche large du sujet étudié. Il est souvent employé pour :

« *Interroger une personne qui a d'importantes connaissances sur le sujet étudié (un expert par exemple) » (Claude, 2019).*

En effet, l'usage d'un guide d'entretien, couramment utilisé dans le cadre d'entretiens semi-directifs ou directifs, aurait pu contraindre le contenu des échanges. De plus, par opposition à l'entretien par questionnaire, utiliser un entretien non directif permettrait d'accéder à des informations plus difficilement accessibles, moins rationnelles et stéréotypées :

« *Il semble bien qu'il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir » (Michelat, 1975, p.231).*

Enfin, et à des fins de découverte, il nous semblait important de bénéficier d'un vaste champ de réponses. Comprenez par ces termes qu'il nous était à ce moment utile de pouvoir proposer des relances à la fois d'ordre déclaratives ou interrogatives, afin d'approfondir nos réflexions et donc nos connaissances sur le sujet. En ce sens, l'entretien non directif à visée exploratoire est une bonne alternative car :

« *L'interviewer s'engage dans l'entretien en suggérant des interprétations, posant des questions qui sont autant d'hypothèses sur le lien d'explication entre les propriétés sociales de la personne interrogée et ce qu'elle ressent » (Duschene, 1996, p.197).*

Il nous permet également de nous familiariser avec le milieu afin de développer une logique de recherche :

« *Le chercheur [...] développe progressivement grâce à des entretiens exploratoires et à des observations sa connaissance et ainsi il peut construire ses hypothèses de recherche » (Vilatte, 2007, p.9).*

Dans les faits, notre volonté d'organiser ces rencontres se situe aussi dans notre possibilité d'interagir avec les réponses des différents intervenants. Nous exploiterons donc les finalités décrites dans le cadre de la méthode non-directive citée préalablement, mais nous les inscrirons dans une logique d'échange afin d'atteindre notre objectif de développement des connaissances.

Il est nécessaire de préciser qu'en général, la réalisation d'entretiens a pour but de tendre à la représentativité via la définition de son échantillon (Duschene, 2000, p.11). Cette représentativité se traduit par le fait que l'échantillon construit possède les mêmes caractéristiques que la population que l'on souhaite étudier. En effet, un défaut de représentativité pourrait empêcher une généralisation des résultats. Or, dans le cadre de notre recherche et particulièrement de cette partie introductive, ces rencontres ont été réalisées dans une dynamique globale de développement des connaissances personnelles afin de bénéficier d'une première approche à la fois théorique en lien avec des domaines de recherches spécifiques, et pratique par l'explicitation d'expériences professionnelles vécues sur le terrain.

Pour aller plus loin, nous déclinons quatre sous-objectifs justifiant l'usage de ces rencontres :

1. Définir et comprendre le contexte dans lequel s'inscrit la recherche ;
2. Situer les enjeux du projet ;
3. Baliser l'ancrage de la thèse ;
4. Réaliser un croisement des approches pour mettre en lumière similitudes et discordances.

Nous avons donc l'ambition de prendre contact avec des professionnels de différents domaines. A ce moment, la liste des disciplines à cibler était riche. En effet, notre première recherche avait abouti à la conclusion que mener un doctorat sur le lien entre Travail et Conduites Addictives nous amènerait à prendre conscience que la thématique ne peut être cantonnée à une seule approche. Le droit du travail, la sociologie, les domaines d'application de la psychologie (sociale, du travail, clinique...), la médecine, l'addictologie... tous peuvent traiter largement des addictions et de leur lien avec le travail. Toutes ces approches développent une vision spécifique de ces objets de recherche. Nous avons sélectionné quatre approches, définies par la suite, dans le but de réaliser nos rencontres :

- La clinique du travail ;
- La psychodynamique du travail ;
- L'addictologie ;
- Le journalisme d'investigation.

Nos choix se sont opérés sur ces quatre approches pour différentes raisons. Concernant la clinique du travail et la psychodynamique, nous considérons que ces disciplines développent un regard pertinent selon lequel le travail est un processus de subjectivation pouvant devenir aliénant lorsqu'il est contraint, bloqué ou empêché (Molinier & Flottes, 2012, p.51). Même si la question des consommations de psychotropes était encore peu représentée dans le champ de la psychodynamique ou de la clinique du travail (ibid, p.62), les travaux évoquant cette thématique dans ces domaines se sont multipliés depuis le début des années 2000 (Guiho-Bailly & Goguet, 2004 ; Elowe, 2010 ; Duarte, 2017 ; Contat & Couteron, 2019). Enfin, ces approches ont en commun l'intérêt qu'elles portent à l'intelligence de l'Homme en situation de travail et à l'activité telle qu'elle est vécue et rapportée par les différents acteurs.

Faire appel au champ d'étude de l'addictologie nous paraît être un aspect incontournable dans notre recherche. En effet, cette discipline médicale s'est imposée dans le champ des drogues et des dépendances. Elle peut être définie comme :

« Un champ d'investigation multidisciplinaire centré sur les conduites humaines d'autostimulation de sources de plaisir qui peuvent déterminer de véritables aliénations (perte de liberté de ne plus y recourir) et des modifications du rapport entre le sujet et le monde » (Richard et al., 2004, cité dans Morel, 2006, p.31).

De par l'adoption d'une conception multivariée et plurifactorielle de l'addiction, ce champ disciplinaire donne crédit à l'idée selon laquelle de nombreux facteurs d'influences endogènes et exogènes peuvent coexister dans le développement d'une addiction. En plus de cela, le domaine de l'addictologie sera à l'initiative du développement de la prévention aux niveaux primaires, secondaires et tertiaires que nous ré-évoquerons dans le cadre de notre travail. Elle contribuera également à la définition d'une politique de législation plus cohérente vis-à-vis des substances psychotropes en proposant notamment de mettre fin à la différenciation entre « toxicomanie » et « alcoolisme ».

Enfin, nous avons conscience que le journalisme peut constituer une approche différente de celles que nous avons proposées préalablement. Néanmoins,

ce dernier reste aujourd'hui un métier que spécialistes et citoyens considèrent comment ayant un pouvoir d'influence considérable (Neveu, 2013, p.80). Il est d'ailleurs possible d'envisager une forme de proximité entre le monde journalistique et celui des sciences humaines et sociales. En effet, les journalistes et les chercheurs partagent une pratique du « terrain » dans le but d'atteindre un objectif idéologiquement commun :

« *Décrire le monde social d'une façon indépendante des pouvoirs* » (Hayat & Perdoncin, 2012, p.141).

Bien que journalisme d'investigation et recherche soient deux mondes bien distincts de par leurs pratiques, formations ou champs d'action... nous concevons l'idée que ces derniers ne peuvent s'ignorer. S'intéresser au journalisme permet d'obtenir une forme différente de discours vis-à-vis du monde social. Au-delà de cette observation, les addictions et plus globalement la consommation de substances psychotropes constituent aujourd'hui un sujet majeur dans notre société en termes de santé publique et d'économie. Obtenir une vision journalistique de notre sujet de recherche nous semble donc être une démarche pertinente.

Ces quatre approches mobilisées dans le cadre des échanges réalisés proposent toutes une vision qui leur est propre. Nous avons conscience qu'elles ne traitent pas toutes de notre thématique de recherche au même niveau. Certaines d'entre elles sont axées sur les aspects individuels et d'autres sur des aspects collectifs. Néanmoins, notre objet de recherche semble être transverse et commun à ces approches qui sont aussi bien ancrées dans des disciplines que dans l'expérience professionnelle.

1.2 Procédure

Les rencontres ont été réalisées en présentiel dans des lieux divers et enregistrés sur la base de l'accord des différents participants, puis retranscrits. L'ensemble des retranscriptions est accessible en annexe (cf : Annexe 1 ; 2 ; 3 ; 4).

1.3 Méthodologie d'analyse

Nous avons opté pour une analyse thématique globale et générale, sur la base des critères définis pour la méthodologie de l'analyse de contenu selon Bernard Berelson (1954, dans Raymond. H, 1968, p. 167) comme étant :

« Une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ».

En effet, le but de cette analyse consiste à traiter notre corpus de données afin d'accéder à une signification des propos, tout en essayant de ne pas modifier son contenu (Robert et Bouillaguet, 1997 dans Wanlin, 2007, p. 250). Comme l'explique Madeleine Grawitz, juriste et sociologue française, l'analyse de contenu est principalement composée de deux étapes (Grawitz, 2000 dans Vantomme, 2005, p.6) :

- La première est liée à l'objectif que nous souhaitons atteindre via l'utilisation de l'analyse de contenu ;
- La seconde réside en une étape de quantification.

Dans la mesure où l'intérêt de ces rencontres est basé sur la découverte de notre thématique de recherche par le regard croisé de plusieurs disciplines, nous nous intéresserons exclusivement à l'aspect qualitatif des discours analysés. Il ne s'agira donc pas ici de déterminer quel type de contenu est le plus prégnant au sein du discours, mais bien de suivre et décrire les différentes thématiques abordées.

Ainsi, nous nous focaliserons sur l'idée de faire ressortir des « unités de contexte », définies par Bardin (2013, p.178) comme :

« Des unités de compréhension pour codifier l'unité d'enregistrement ».

Nous avons considéré la réponse fournie à la question par la personne interrogée, dans la mesure où parfois, seule la globalité de la réponse confère un sens plein aux idées contenues. Afin de donner une visibilité vis-à-vis de notre cheminement réflexif qui s'est établi tout au long de ces rencontres, les résultats présentés ci-dessous font également référence à l'ordre dans lequel les entretiens se sont déroulés, à l'exception de notre rencontre avec Geoffrey le Guilcher, journaliste d'investigation.

1.4 Résultats

Chaque analyse d'entretien est présentée ci-dessous en fonction de la personne interrogée et de son appartenance disciplinaire. Au préalable de ces analyses, sont indiqués quelques éléments biographiques permettant de resituer la

carrière et la fonction des participants. Nous avons également ajouté quelques éléments de justification concernant les disciplines vers lesquelles nous nous sommes tournés.

1.4.1.1 *Eléments biographiques et contextuels*

Gladys Lutz est docteure en psychologie du travail, ergonomiste, présidente et consultante de l'association ADDITRA³. Sa thèse, intitulée : « Interrelations entre l'activité de travail et l'usage de psychotropes : approches traditionnelles et perspective en clinique du travail » (Lutz, 2017) pose les bases d'une nouvelle réflexion sur le rôle des usages de substances psychoactives dans un contexte professionnel. En effet, son approche centrée sur la clinique du travail a permis d'aborder autrement cette thématique en se basant sur l'idée qu'un usage de SPA peut être une « béquille », un « outil » dans la réalisation de l'activité. Les différents articles ou ouvrages dont elle est auteure ou co-auteure défendent ce même positionnement et questionnent plus largement les déterminants des organisations de travail qui peuvent être à l'origine de ces situations ou à moindre mesure, des facteurs d'influence de consommation.

A ce titre, la clinique du travail est un courant de la psychologie du travail qui se focalise notamment sur :

« La perspective transformatrice mobilisant les rapports entre activité et subjectivité dans le travail humain » (Bonnefond et Clot, 2018).

Proche d'autres disciplines telles que la psychodynamique du travail, la psychologie organisationnelle du travail ou encore l'ergonomie, la clinique du travail s'intéresse fondamentalement à la subjectivité du travailleur. Celle-ci est considérée comme :

« Opératrice centrale dans les remaniements de la tâche, sans préjuger des motivations et des effets pour le prescripteur et le réalisateur » (Lutz, 2017, p.34).

Le choix de s'intéresser aux aspects subjectifs implique la prise en compte de l'acteur qui les ressent, à savoir le professionnel. Dans la clinique du travail, l'acteur

³ ADDITRA est une association spécialisée dans la prévention des mésusages de substances psychoactives (SPA) - tabac, alcool, drogues et médicaments psychotropes - en milieu professionnel. Cet objectif général se décline sur cinq axes dont la recherche scientifique, l'organisation de congrès, l'intervention en prévention, le travail de déconstruction des tabous et la construction de dispositif de prévention et de soutien aux organisations (Association ADDITRA, s. d.).

du travail se positionne à la fois en tant que travailleur, acteur, sujet... mais aussi en tant qu'analyste de son travail. Bien que les définitions puissent différer en fonction des champs disciplinaires, cette notion de « travailleur et analyse » nous semblait être un élément clé pour la compréhension du sujet que nous souhaitons développer.

Un autre aspect nous ayant poussé à rencontrer Gladys Lutz réside dans le fait que la clinique du travail, comme certaines de ses consœurs citées précédemment, a choisi de privilégier la notion d'activité à celle de tâche (Gaudart & Rolo, 2015). Cette notion rend de fait plus complexe et représentative une situation de travail en y incluant divers attributs cognitifs, sociaux, affectifs en lien avec l'action (Falzon, 2004 cité dans Lutz, 2017, p.36). A ce propos, Daniellou (2015, p.12) évoque le fait que l'on ne peut concevoir de travailler sur des questions de santé sans intégrer la notion de subjectivité. Cette approche globale, prenant à la fois en compte les déterminants objectifs et subjectifs d'une situation de travail, nous paraissait plus que pertinente à exploiter dans cette dynamique de développement des connaissances.

Après quelques échanges par mail expliquant brièvement le principe des entretiens ainsi que le cadre contextuel dans lequel ils s'inscrivent, nous rencontrons Gladys Lutz le mercredi 4 juillet 2018 à Paris, dans un café non loin de la Gare du Nord.

1.4.1.2 Analyse thématique globale

Décalage entre milieu de travail et milieu universitaire, la nécessité de l'outil pour agir :

Notre rencontre s'est premièrement articulée sur l'importance de faire avancer la recherche et d'évoquer : « la question du décalage entre recherche et terrain ». C'est d'ailleurs une des principales raisons qui a poussé Gladys Lutz à répondre favorablement à la demande que nous lui avons formulée. Par terrain, il faut entendre ici « milieu de travail », et par recherche : « milieu universitaire ». Mme. Lutz évoque cette notion de décalage en avançant le fait que dans le cadre de sa pratique de consultante, elle observe une interprétation du terme « action » selon ses interlocuteurs (employeurs, salariés, acteurs de services de santé...). L'action selon ces personnes se résumerait principalement au concept : « d'outil » avec la nécessité de former, se former ou prescrire l'usage d'un outil pour permettre l'action :

« On voit qu'il y a une interprétation de l'action qui est rabattue sur les outils, sur quelque chose qui est très expert au sens où l'action c'est soit de la prescription ou de la formation à un outil qui va permettre d'agir ».

Ce souhait d'agir, placé comme une priorité par les interlocuteurs du monde du travail et de la santé au travail, contribuerait selon elle au cloisonnement des problématiques. Au lieu de mettre en discussion les dimensions collectives qui constituent une situation de travail⁴ avec les acteurs du travail pour comprendre le réel de leur organisation, ces derniers auront plus souvent tendance à se mettre rapidement dans une position d'exécutant par le biais d'un outil :

« Ok il y a des phases de diagnostic, mais elles sont très expertes, l'idée c'est pas de mettre en mouvement les acteurs de manière à ce que ce temps de réflexion et d'analyse soit déjà de la transformation, il y a un cloisonnement ».

Ce phénomène de cloisonnement serait d'autant plus renforcé lorsque les représentations liées à une thématique comme celle des conduites addictives ont une connotation péjorative. Par exemple, la volonté d'interdire ou de limiter la consommation de substances va de ce fait empêcher une logique de compréhension de la problématique.

Cadre d'intervention et approche compréhensive :

Selon Mme. Lutz, le contexte économique qui sous-tend une intervention va également impacter son orientation :

« Une des difficultés que j'ai, là où je suis en réflexion et voir comment agir mieux, c'est arriver à trouver les bonnes manières d'approcher le terrain dans une relation commerciale qui permette soit de construire dans le temps, et de passer d'une action très experte vers une idée d'intégrer l'approche compréhensive, la construction progressive d'une transformation et donc une construction d'évolution et de réorganisation, pas seulement à l'échelle des pratiques ».

Les enjeux économiques d'une intervention auront tendance à sous-tendre les actions réalisées dans le cadre de l'intervention (temps d'analyse de la demande, de reformulation, choix du *modus operandi*...).

⁴ Cf. Partie II – Chapitre 1 – Relation entre Homme, tâche et activité

Elle nous explique également qu'avec ADDITRA, les interventions sont menées dans un but de modification du cadre dans lequel elles s'inscrivent même si elles doivent passer par la présentation d'un cadre théorique, d'outils etc. Mme. Lutz parle alors de la : « *technique du pied dans la porte*⁵ » pour arriver à impulser un décalage de la vision en partant d'un cadre classique d'intervention. Elle illustre son propos en relatant une intervention réalisée auprès de psychologues du travail qui, à l'origine, avaient été sensibilisés sur la question des conduites addictives par des acteurs du monde de l'addictologie. Les personnes présentes décrivaient une approche individualisée et une logique basée sur : « *consommer moins de substances psychoactives est bénéfique* ». La formation dispensée par Mme. Lutz s'est donc appuyé sur cette idée pour proposer une logique de compréhension : comprendre pourquoi la consommation est présente avant d'enclencher une démarche d'accompagnement et de réduction des usages. Elle insiste alors sur l'importance de ne pas invalider ce qui a été dit lors des précédentes formations, mais bien de compléter les connaissances via une nouvelle approche :

« *...ce que j'ai vraiment compris et intégré, c'est l'intérêt et l'importance de compléter plus que de remplacer* ».

Les approches d'intervention médico-juridiques « classiques » permettent de se rendre compte que les acteurs de la santé au travail, les employeurs et salariés ne sont pas seuls, et qu'il est important d'être dans la co-construction de l'action. Notre interlocutrice explique cependant qu'il faut faire attention à ne pas se situer dans une co-construction de l'idée unique que :

« *Consommer c'est mal, mauvais pour le travail et nécessairement dangereux* ».

Par l'approche compréhensive, l'idée est d'intégrer qu'il est nécessaire de comprendre, d'analyser les contextes dans lesquels se déroulent ces consommations et de comprendre leur sens. Ce décalage que nous citons ci-dessus s'opère notamment par cette réflexion.

⁵ Le « pied dans la porte » est une technique issue des travaux en psychologie sociale (Freedman & Fraser, 1966, cité dans Dufourcq-Brana et al., 2006, p.1). Elle consiste à faire une demande peu coûteuse qui sera vraisemblablement acceptée, suivie d'une demande plus coûteuse. Cette seconde demande aura plus de chance d'être acceptée si elle a été précédée de l'acceptation de la première, qui crée une sorte de palier et un phénomène d'engagement

Représentation professionnelle, norme de la santé et impact de l'environnement :

A ce moment de nos échanges, nous nous sommes appuyés sur le travail de thèse que Mme. Lutz a réalisé pour la questionner sur la notion de santé qu'elle présente dans son travail comme une : « norme sociale » (Lutz, 2017, p. 51). Selon ses propos, il existe un décalage entre prescrit et réel sur la question des conduites addictives. Pour illustrer cela, elle nous donne l'exemple d'un médecin du travail qui comprend la logique du prescrit et du réel d'une activité :

« ...l'usage d'une machine est prescrit de telle manière et on sait que possiblement les opérateurs font autrement et on a intégré que l'écart entre ce qu'ils font et ce qui est prescrit peut être du côté de la fiabilité ».

Cependant, l'usage de substances est également soumis selon elle à une prescription contraire à l'idée que :

« Consommer une SPA puisse être du côté de la fiabilité, de la sécurité et de la santé ».

L'idée d'admettre qu'un consommateur de SPA puisse être dans des conditions plus sécurisées et fiables sur un poste à risque semble extrêmement complexe. Ce constat, qu'elle considère comme négatif, émanait de la fin de ses travaux de recherche. Cependant, les expériences professionnelles qui ont découlé de son travail l'ont amené à se rendre compte qu'il était nécessaire de ramener le réel vers le prescrit auprès des publics concernés. Mme. Lutz nous explique que les experts médicaux des conduites addictives comme les addictologues savent ou peuvent adhérer à l'idée que : « *le réel peut très bien être du côté de la santé, et sécurité avec les produits* » lorsqu'ils sont dans un accompagnement individuel au sein de leur cabinet par exemple. Or, pour des raisons de formation initiale ou autre, ces mêmes acteurs qui sont capables d'avoir une clinique qui intègre l'usage des produits, ont tendance à perdre cette notion de relation complexe lorsqu'ils interviennent dans le milieu professionnel.

Ce comportement serait dû selon elle à une forme de pression à incarner un discours de promotion de la santé en milieu professionnel. C'est une question complexe qui mêle à la fois représentation professionnelle, connaissance ou

méconnaissance du travail comme réalité subjective, sociale et ambivalente ; et construction du modèle de la santé publique en France :

« On ne pourrait pas avoir une approche compréhensive en santé publique et globale parce que finalement, on ne sait pas ce que chacun va faire de ce qu'on va dire. Il y a un côté sécurisant pour le professionnel, ils sont dans une posture où ils envisagent que nous ne pouvons pas contrôler ce que les gens vont faire de ce qu'on va dire, donc autant rester dans l'alerte, du côté de la limite de la prescription ».

La notion de respect de la prescription en milieu professionnelle semble également importante à considérer. Il faut également prendre en compte l'intensification de la normalisation des organisations : il est de plus en plus difficile de s'écarter de ce qui est prescrit ou consigné.

Parfois même, avant de s'autoriser à penser autrement, il y a également tout une réflexion autour du fait d'accepter d'envisager un point de vue différent, opérer une déconstruction et une décentration de ce que nous connaissons déjà. Mme. Lutz énonce que ce travail de réflexion est rendu complexe par le manque de connaissances que certains experts du milieu de la santé peuvent avoir du monde du travail, mais aussi par crainte. En effet, elle estime que la juridiciarisation des relations entre professionnels de santé et salariés complexifie leurs rapports. Les professionnels de santé auront peut-être aujourd'hui plus tendance à se sécuriser en restant dans le prescriptif afin de ne pas engager leur responsabilité en cas de problème.

Un des principaux freins identifié par l'interviewée au fil de nos échanges réside dans la posture que certains professionnels de santé vont avoir tendance à adopter pour se « déresponsabiliser » des problématiques de consommation existantes chez certains salariés. Selon ses propos : « la position du médecin sur la question du secret médical ne devrait pas être un argument ». En ce sens, elle appuie le fait que la notion de secret médical est souvent invoquée à tort lorsqu'un employeur souhaite avoir des informations sur la situation potentiellement problématique d'un salarié. L'invocation du secret médical empêcherait le dialogue entre médecin du travail et employeur, cristallisant ainsi un manque d'écoute et de confiance perçu par les employeurs. Elle complète alors ces propos en rappelant

qu'évidemment, toutes les informations médicales ne peuvent et ne doivent pas être transmises, mais que : « *des éléments d'une situation peuvent être abordés* ». Il est important selon ses propos de garder à l'esprit que ce n'est pas parce qu'on ne peut pas transmettre toutes les informations que cela rend impossible un travail de prévention en collectif.

Développer des interventions de qualité sur la base d'outils existants :

La question des outils, déjà évoquée dans le cadre de nos échanges avec Mme. Lutz, est une thématique qui visiblement revient assez régulièrement lorsque l'on parle d'intervention sur le terrain, et plus encore dans le monde de la santé au travail. L'outil est un point important dans le sens où selon l'interviewée, il permet de continuer à appréhender la question de la relation entre prescrit et réel. Comme nous l'avions évoqué précédemment, l'outil peut être palpable, concret, mais il peut aussi résider dans l'idée de former et se former. En ce sens, Gladys Lutz explique utiliser la remise en réflexion de l'action dans la santé au travail auprès des acteurs de l'addictologie, et ce en se basant sur les outils (concrets) que ces derniers ont l'habitude d'utiliser, notamment l'outil : « Repérage Précoce et Intervention Brève » (RPIB⁶).

Cet outil qu'elle nomme : « intervention précoce » consiste donc en une intervention auprès d'individus non concernés par des problématiques d'addiction, mais qui peuvent être usagers potentiels. Ces interventions sont clairement établies dans le cadre de la prévention primaire, mais peuvent permettre la rencontre de personnes concernées par une problématique addictive par un moyen différent :

« Mais la porte d'entrée, c'est pas la maladie, c'est le global ».

Même si la méthodologie reste : « individualisante » d'après ses propos, cela reste une marge de manœuvre intéressante à exploiter. Ce sont à ses yeux des techniques qui permettent un décalage des approches, une remise en question des professionnels de santé et une évolution vers les politiques collectives de réduction des risques. Les outils tels que le RPIB permettent également de travailler sur ces problématiques, mais du point de vue des symptômes. Mme. Lutz parle alors de : « sécurisation des usages ». Dans ce cadre, la réduction des risques passe par une

⁶ Le RPIB est un outil de prévention dont l'objectif est d'aider au repérage d'un comportement de consommation de SPA afin de susciter un questionnement de la consommation. L'objectif est de pouvoir entraîner un changement de la consommation.

régulation des consommations mais n'intègre à aucun moment la question de l'activité, du travail. Or, c'est une composante qui lui semble indispensable dans le milieu de la santé au travail :

« ...en tant que médecin du travail, ou en collaboration avec les IPRP, comprendre ce qu'il se passe au travail et proposer à l'employeur des modalités d'intervention qui sont éclairées par les usages et par d'autres symptômes ou d'autres problématiques mais où on voit qu'il y a des points communs au niveau de l'organisation où on peut questionner plus globalement. C'est ça l'idée ! ».

Nous profitons donc de ces échanges autour de l'intérêt, du rôle des outils et des interventions afin d'évoquer le type d'approche à privilégier en entreprise lorsque l'on souhaite travailler sur la prévention des SPA. Selon Gladys Lutz, il est important de tester différents types d'approches. Par exemple, une approche directe, ciblée sur la consommation des acteurs de l'entreprise peut être aussi intéressante qu'une approche basée sur un diagnostic global des conditions de travail. La réussite des interventions va surtout dépendre de notre posture en tant qu'intervenant. En relatant une expérience de sensibilisation en milieu hospitalier, l'interviewée nous explique que le type d'approche choisi pourra toujours provoquer des résistances auprès des participants, et ce pour diverses raisons. De ce fait, un des principaux leviers consiste à faire adhérer ces derniers à l'idée que « notre rôle » (en tant qu'intervenant) ne réside pas dans la volonté que : « tout le monde arrête de consommer des SPA » mais plutôt dans l'idée d'essayer de comprendre les consommations. Le sentiment de sécurité des participants est également un élément important à prendre en compte pour la réussite d'une intervention :

« La clé c'est de sentir que la situation est sécurisée pour eux, si on est dans des contextes d'analyse d'intervention où c'est sécurisé. S'ils ont confiance, vous allez voir que c'est vraiment étonnant ».

De cette réflexion, Gladys Lutz ouvre un sujet plus global et plus méta-analytique sur la notion d'outil :

« C'est peut être aussi du coup le moyen de faire un point théorique sur : « qu'est-ce qu'un outil ? », et que ce n'est pas forcément un guide, et que par exemple du point de vue de l'ergonomie, ou de la PTO, l'outil c'est aussi l'analyse

des pratiques par exemple. C'est-à-dire qu'à un moment donné, l'outil peut être aussi une construction sociale et pas uniquement un test de drogue ou le test en tant que tel. Mais c'est aussi que l'organisation du travail permette une réunion par mois par exemple, ça peut être ça l'outil au final ».

Ces échanges montrent à quel point la notion d'outil est cruciale dans les interventions. Les outils semblent revêtir des sens divers et des finalités multiples.

A ce titre, nous évoquons à nouveau la posture d'intervenant dans la prévention en santé au travail en tant que conseiller auprès des employeurs et des salariés avec cette notion de décalage et de remise en réflexion. Comme nous l'avions cité précédemment, un des postulats du travail de thèse de Gladys Lutz s'articule sur l'usage de SPA en tant qu'outil de sécurité au travail. Cette position novatrice fait également partie des interventions qu'elle mène dans le cadre de son activité professionnelle. Elle s'appuie sur ce propos pour expliquer que :

« C'est un recours mais ça met dans des impasses. Ça vient rendre tenable l'intenable, et l'intenable de ce fait on ne le discute plus ».

Finalement, son expérience vient confirmer l'idée qu'une approche dominante basée sur l'ouverture des discussions autour de la consommation de SPA comme « outil de travail » ne donne pas libre cours à une consommation démultipliée ou à une « autorisation » de la consommation, et que cette démarche aurait tendance à avoir l'effet inverse :

« Comprendre qu'effectivement, ça peut être un recours c'est réfléchir sur le recours pour finalement comprendre comment mieux s'en passer ».

Encore une fois, c'est cette mise en réflexion, en discussion qui pourrait permettre d'amorcer des changements au sein des entreprises allant dans le sens d'une amélioration des conditions de travail :

« En créant cet espace de discussion autour du réel, et du sens éventuellement professionnel c'est le moyen pour certains professionnels de se pencher sur la modification des modalités de travail ».

1.4.1.3 Conclusion

Ce premier entretien réalisé avec Gladys Lutz a été plus que bénéfique dans ce travail de construction de notre sujet de thèse. Nous avons eu la possibilité d'aborder une mosaïque d'éléments importants à prendre en compte dans le cadre des interventions en santé au travail sur la question des usages de SPA. Ce regard clinique et psychodynamique nous a notamment permis d'entrevoir un peu mieux la façon dont est perçue la problématique des consommations de substances en milieu de travail par les différents acteurs.

Au moment de cet échange, nous avons déjà quelques mois d'expérience en tant que psychologue du travail en service de santé au travail. Les propos échangés autour des questions de posture en tant qu'intervenant, de la nécessité ressentie vis-à-vis des outils d'intervention ou encore du besoin de proposer de nouvelles méthodes faisaient alors écho avec des situations déjà rencontrées en milieu de travail. Ces derniers ont permis d'amorcer une réflexion précoce autour de ces thèmes, contribuant largement à la définition de notre travail.

1.4.2 La psychodynamique du travail : entretien avec Marie Pezé

1.4.2.1 Eléments biographiques et contextuels

Marie Pezé est docteure en psychologie, psychanalyste et experte auprès de la Cour d'Appel de Versailles. Elle a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1997 au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et coordonne le réseau de consultation « Souffrance et Travail » proposant un annuaire de consultations auprès de plus de 200 cliniciens titulaires du CS30 (diplôme de spécialisation en Psychopathologie du Travail de l'Institut de Psychodynamique du Travail).

Ses travaux mettent en lien plusieurs approches différentes : la prise en charge médicale, la psychanalyse, la psychopathologie et la psychodynamique du travail (soit l'étude des enjeux psychiques du travail). Les ouvrages et articles qu'elle a publiés témoignent d'un intérêt spécifique pour les impacts des traumatismes professionnels tels que le harcèlement moral, les troubles musculo-squelettiques etc. (Grenier-Pezé, 2001).

Le fait de s'intéresser aux domaines de la psychologie clinique et de la psychodynamique du travail au sein de notre travail de recherche n'est pas une démarche anodine. En effet, faire appel à ces champs disciplinaires nous semble important, et ce pour plusieurs raisons.

La première réside dans le fait que par essence, la psychologie clinique et la psychodynamique du travail s'intéressent fondamentalement à la question de l'individu. En effet, la psychologie clinique est une branche de la psychologie ayant pour objet :

« L'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution » (Bioy & Fouques, 2016, p. 2).

La psychopathologie quant à elle est consacrée à :

« L'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. Dans cette perspective, le modèle de l'homme est celui de la théorie du sujet : sujet d'une histoire singulière, porteur d'espoirs, de désirs ». (Huez, 1994, p.19).

De plus, ces champs regorgent de travaux portant sur la question des addictions et de la consommation de SPA dans un but de compréhension et de soin. Michelle Catteuw, psychologue clinicienne et chargée d'enseignement à l'université Toulouse II explique que :

« Si la psychopathologie ne peut à elle seule expliquer l'installation d'une addiction, l'étude des facteurs de vulnérabilité, de chronicisation ou du changement semble attester de l'importance de la compréhension du fonctionnement psychique des addicts » (Catteuw, 2002, p. 323).

Parmi ces facteurs de vulnérabilité et/ou de changement, la question de l'environnement et notamment celui du travail peut être évoquée. Les travaux et l'expérience professionnelle de Marie Pezé nous semblaient être un bon tremplin pour obtenir des réponses sur ces réflexions.

Après quelques échanges par mail expliquant brièvement le principe des entretiens ainsi que le cadre contextuel dans lequel ils s'inscrivent, nous rencontrons donc Marie Pezé en septembre 2018 à Paris à son domicile.

1.4.2.2 Analyse thématique globale

Regard et évolution des addictions :

Suite à nos présentations et quelques précisions sur le contexte de réalisation de ces entretiens, Marie Pezé nous présente sa définition du terme : « addiction » qu'elle considère comme un état, une situation où :

« L'individu est aux prises avec quelque chose qui est de l'ordre du compulsif, quelque chose dont il ne peut absolument plus se dégager ».

Ce regard se rapproche assez globalement des définitions que l'on peut lire dans la littérature scientifique (Sahler, 2007, p.24 ; Cottencin, 2008, p.1 ; American Psychiatric Association, 2015). Elle énonce également la question des : « addictions modernes » qui fait référence à l'usage des outils numériques, des ordinateurs portables de façon compulsive. Du point de vue la psychanalyse, Marie Pezé rappelle que le recours au produit, à la substance possède un lien marqué avec la question de l'oralité. En psychanalyse, l'oralité est définie comme :

« Un stade du développement libidinal, un type de relation d'objet, un mode de symbolisation, une clé de l'interprétation des symptômes névrotiques. C'est la forme la moins refoulée de la sexualité infantile et celle qui donne lieu aux plus grands développements imaginaires, mythiques et mystiques, culturels et anthropologiques » (Brusset, 2001, p. 1460).

Selon l'interviewée, le mécanisme d'ingestion d'un produit traduit un besoin de consolation menant à une forme de régression comme mécanisme de défense :

« ...en avalant des trucs qui convoquent la sphère orale, on autorise tous les petits recours à la régression qui sont interdits de nos jours. La régression est un mécanisme de défense puissant, on peut à un moment de sa vie revenir à des mécanismes de défense anciens, pour se récupérer et se reconstruire ».

Pour étayer ses propos, Marie Pezé évoque les soins de « nursing⁷ » qui, selon elle, sont de moins en moins prodigués en milieu hospitalier :

« Vous voyez bien que la régression autorisée dans les hôpitaux, on vous « nursait » etc, eh bien on ne nurse plus, on vous fait sortir le jour même. Tout le système convoque une reprise de soi rapide, où il faut vite se débrouiller ».

Elle souligne ici un rapport entre ce mécanisme de régression par l'oralité et une tendance à l'individualisation renforcée par l'évolution de la société.

Par la suite, Marie Pezé revient sur les objets qui peuvent être « consommés » au sens large et s'étonne du fait que tout élément peut aujourd'hui s'apparenter à une addiction :

« Tout est devenu produit, le travail est un produit que l'on consomme parfois de manière exagérée. Le temps est devenu un produit. La temporalité est devenue un produit, et ça c'est la réussite impressionnante du capitalisme financiarisé ».

Au fur et à mesure de nos échanges, notre interviewée aboutit à une réflexion sur une forme d'addiction particulière qu'elle considère comme étant peut-être : « plus dangereuse et plus prégnante ». Il s'agit ici de l'addiction : « au tout-cognitif » qui aurait comme conséquence l'empêchement de penser. Elle définit ce concept par les termes suivants :

« Quand vous stimulez en permanence ce qu'on appelle le système perception-conscience⁸, qui est la partie de notre fonctionnement qui regarde l'extérieur, et que du coup, en l'envahissant et en le submergeant, vous ne lui laissez pas de temps d'être en communication avec les autres strates de son fonctionnement psychique. Quand vous reniez sur le temps de sommeil où vous n'avez plus le temps de rêver, ou au mieux c'est des cauchemars, l'addiction véritable pour moi elle est là, dans l'empêchement de penser ».

Nous avons effectué quelques recherches dans différents champs disciplinaires afin de savoir si cette notion : « d'addiction au tout-cognitif » était

⁷ Ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués par l'infirmière et l'aide-soignante aux personnes dépendantes (Larousse, s. d.)

⁸ D'après Vassilis Kapsambelis, psychiatre psychanalyste ayant réalisé une partie de ses travaux sur l'analyse des ouvrages de Freud : « le système perception-conscience a comme mission de recevoir les stimuli, et donc n'est pas en mesure de les garder de façon permanente. Cette approche pose la question de la « conscience de soi », qui ne peut se concevoir autrement que comme permanente » (Kapsambelis, 2015, p.1).

d'ores-et-déjà investiguée. A l'heure où nous rédigeons ce texte, il s'avère que nos recherches n'ont pas permis de noter des références qui la mentionne, tant au niveau des domaines propres à la psychologie (clinique, psychiatrique, psychanalytique, sociologique...) qu'aux domaines de l'addictologie. Marie Pezé développe son analyse de l'addiction au tout-cognitif en évoquant un parallèle avec une intensification de la société et des conditions de travail qui atteindraient psychiquement les défenses des individus qui selon ses propos : « explosent en plein vol parce qu'ils veulent rester dans le système ». Il existerait d'ailleurs une forme de cercle vicieux entre ce « système », qui comprend notre société, culture et notre rapport au travail et l'addiction au tout-cognitif ; puisque l'alliage des deux empêcherait de se sortir de ce contexte qu'elle considère comme néfaste :

« ...et les gens qui n'ont pas le temps de penser ne risquent pas de développer l'idée de renverser la table, c'est très très très efficace ».

De plus en plus de personnes auraient tendance à se désengager précocement de cette situation du travail et de la société en France, qui selon elle se dégraderait de plus en plus rapidement.

Un contexte professionnel et sociétal dégradé lié à des sources multiples :

Comme nous l'avons déjà abordé au sein de nos échanges, le contexte professionnel et sociétal semble jouer un rôle important dans le recours aux substances selon notre interlocutrice. En se plaçant du point de vue de la psychanalyse, Marie Pezé explique que l'addiction s'observe également du côté de l'évolution des organisations de travail. Ce phénomène tendrait à invoquer les limites physiologiques des travailleurs. Pour étayer ce propos, elle évoque les gagnants du prix Nobel de médecine 2017 qui ont travaillé sur les rythmes circadiens (Libération, 2017) :

« Le Nobel de chimie avait été donné à trois chercheurs sur les rythmes circadiens. Le Nobel envoie toujours un message à l'humanité, et nous mettons vraiment à mal les règles biologiques, neurophysiologiques du fonctionnement du corps humain qui est aux prises avec des outils qui le dépassent complètement avec une intensification du travail qui est en train d'entamer sa vitalité, et donc on est pour moi dans ce qui au fond était mon entrée dans le métier de psychologue : des dérèglements psychosomatiques graves et lourds ».

En effet – et nous aurons la possibilité de revenir sur ce sujet plus tardivement dans notre travail – la recherche moderne a mis en lumière l'impact fondamental des conséquences néfastes de certaines formes de travail comme le travail de nuit à long terme sur l'organisme des salariés. Et finalement, le recours aux produits de tous ordres fait également partie de cette accélération et de ces évolutions. A juste titre, Mme. Pezé cite de nouveaux les nouvelles technologies qui ne cessent d'évoluer. Elle relate alors ses débuts en tant que professionnelle intégrée au sein d'un service hospitalier de chirurgie de la main pour faire part de son regard sur l'évolution des addictions en milieu professionnel :

« J'ai commencé en chirurgie de la main, et donc des ouvriers qui buvaient trop sur le lieu de travail, à l'époque c'était le vin beaucoup, qui fumaient trop... on était sur des représentations traditionnelles et stéréotypées de l'addiction. C'était l'ouvrier qui se livrait à ses débauches voilà. Moi j'ai vraiment vu arriver les consommations de médicaments ou de produits illégaux en masse à partir des années 2000 où là on n'avait plus aucun salarié qui ne soit pas sous anxiolytiques ou antidépresseurs ou autres pilules, mais aussi qui finissaient par dire selon leur tribu professionnel, qu'ils ne pouvaient pas bosser sans être sous cocaïne, amphétamine... bref qu'il fallait pousser le corps au travail parce qu'il était soumis à de telles contraintes que le moteur calait quoi ».

Selon elle, il existe une réelle relation entre intensification des conditions de travail et intensification du recours au produit.

Parallèlement à ce propos, Marie Pezé rappelle que la France est un pays où : « on donne beaucoup de produits ». Le terme « produits » désigne ici « médicament prescrit dans le cadre d'un suivi médical ». A titre indicatif, des études comme celles de l'assurance maladie française montrent que la France fait effectivement partie des premiers pays qui ont les dépenses pharmaceutiques les plus importantes par habitants dans le monde (Ameli, 2007). Ce phénomène s'explique notamment par les volumes de consommation qui restent pour la plupart élevés pour certaines classes de médicaments. Elle évoque alors une différenciation dans la manière de traiter le corps en fonction des cultures, et cite l'exemple de différents pays européens qui ont un rapport autre à la santé, qui passerait

principalement par une considération différente du monde du travail. A l'inverse, elle déclare observer en France :

« Un écart assis sur du déni entre le fonctionnement du corps humain et l'idéologie de l'engagement au travail culturel en place. Très viriliste, sur-engageant ».

Les représentations liées à la santé et au travail sembleraient donc impacter nos façons de faire, et la culture d'un pays en serait également en partie responsable.

La notion de déni évoquée dans la citation précédente avait retenu notre attention et notre interviewée était revenue sur ce propos en évoquant un parallèle avec ce qu'elle qualifie comme :

« La fantasmagorie autour de l'Homme augmenté, avec les exosquelettes par exemple ».

Elle déclare alors avoir remarqué lors de plusieurs participations à des congrès, tables rondes... qu'il y avait une forme de consensus autour de la question de l'intérêt de trouver des solutions pour dépasser les limites du corps humain :

« Tout le monde était déjà d'accord pour dire dans la salle au travers des questions que de toutes façons on ne pourrait pas faire autrement que de se doper, de s'équiper d'exosquelettes... parce que l'être humain est soumis à des choses qui dépassent ces limites. On est dans un hubris, un déni de nos limites ».

Cette forme de déni serait assez importante pour troubler la crédibilité accordée aux références scientifiques. Elle étaye son propos en évoquant les résultats des enquêtes SUMER⁹ sur l'absentéisme des salariés en expliquant que c'est un type de données dont on a tendance à attribuer les causes à des sources extraprofessionnelles :

« Comme l'absentéisme que l'on continue à regarder comme une défection quasiment éthique alors que quand on regarde l'enquête SUMER on voit qu'elle est dûe au manque de reconnaissance... Je suis extrêmement perplexe devant cette

⁹ L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER) dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France (INRS, 2013).

construction de l'ignorance qui perdure. On a une enquête SUMER précise, outillée dont personne ne parle. On vous sort des sondages à la noix portant sur des quantités pas représentatives scientifiquement. Je suis très perplexe devant la perte d'une forme de science. La référence scientifique se perd ».

Ce constat nous pousse à nous interroger sur les solutions potentielles pour limiter et/ou réduire les impacts sur la santé. Selon l'interviewée, il est complexe de trouver des solutions autres qu'individuelles comme le recours au produit ou aux techniques de développement personnel comme le yoga, le pilâtes, la sophrologie... Ses observations la poussent à évoquer le développement sociétal d'un : « *pilotage par l'aval* » qui contribuerait à l'anesthésie du sens critique :

« Et la manière dont on se laisse faire piloter par l'aval, vous allez à la Poste c'est vous qui faites tout, vous réservez un billet d'avion c'est vous qui imprimez, qui enregistrez votre valise. En permanence, à force de ne pas avoir les outils pour penser ce qu'il se passe, nous nous collons des tâches supplémentaires sur le dos. Nous sommes anesthésiés dans toutes analyses critiques ».

Nous évoquons alors la question des démarches d'amélioration mises en place en entreprise comme le concept de : « *chief happiness officer*¹⁰ » ou « chef du bonheur » qui a fait son apparition en France depuis quelques années. A ce propos, Marie Pezé mentionne le principe d'auto-évaluation qui aurait tendance à se développer de plus en plus également au sein de notre société tout en donnant son opinion sur le sujet :

« Oui l'injonction à être heureux au travail ! Moi je le résume en phrase lapidaire : « le baby-foot dans la pièce amiantée, non ! ». C'est le summum du summum. Du smiley quoi. [...] Quand vous allez à la Poste, vous vous auto-évaluez à longueur de journée, c'est incroyable ».

Ces éléments accumulés empêcheraient donc le bon développement de solutions viables ou bienfaitantes pour la santé. L'accès au produit en France semblant être facile, les individus auraient donc plus facilement tendance à avoir

¹⁰ Le « chief happiness officer » (CHO) a comme objectif : « le développement du bien-être au travail et l'amélioration de la convivialité au sein de son entreprise. Né aux Etats-Unis (Google, startups), ce nouveau métier se développe peu en peu en France et tend à se professionnaliser. Son objectif en arrière-plan : éviter le turn-over du personnel, améliorer la productivité et l'efficacité, réduire l'absentéisme des salariés... » (Lesparre, 2019)

recours à des SPA ayant donc des effets néfastes d'un point de vue physiologique, psychologique et psychique.

Impact physique et impact psychique :

Dans le cadre de sa pratique, Marie Pezé explique avoir modifié son accompagnement des salariés ayant vécu un effondrement somatique lié à un syndrome d'épuisement professionnel :

« Ça fait 2 / 3 ans que je demande systématiquement des bilans neuropsychologiques aux patients. Mesurer l'état cognitif des atteintes ».

Cela lui semble primordial dans le sens où les dernières personnes accompagnées témoignaient de réelles atteintes des fonctions cognitives irréversibles. Elle souligne le fait que ces personnes ont souvent les mêmes critères interindividuels :

« Depuis 1 an et demi, 2 ans, je vois arriver des cadres sup, autour de 45, 50 ans, souvent des femmes seules avec des enfants à élever, très haut niveau, HEC, ESSEC, cadre dirigeant niveau Europe ou monde, enfin des gens qui ont développé une endurance colossale, l'endurance des cadres quoi... et qui s'effondrent dans des tableaux d'épuisement ».

Un travail d'investigation sur la façon dont est pensé et réalisé le travail par ces personnes est nécessaire afin de comprendre ses atteintes. L'interviewée nous précise également que :

« Quand on les interroge sur leur façon de travailler les derniers temps, on tombe sur des manières compulsives, qui est pour nous d'ailleurs la phase – dans le test de propagation du burnout – qui est la phase où il faut arracher les gens de force, ils se sont échappés à eux même et il faut les faire cesser, et les sortir de cette situation ».

Pour étayer ses propos, Marie Pezé fait référence aux mécanismes de la douleur périphérique et de la douleur chronique :

« On sait que la douleur périphérique, vous vous cognez, il y aura un bleu, ça fera mal et ça se résorbe. Dans la douleur chronique, si cette douleur périphérique dure plus de 3 mois, elle va se mémoriser et s'enclencher dans un phénomène

neurophysiologique, sociologique, physiologique, qui va vous échapper et enclencher quelque chose que moi je caractériserais plutôt comme de la pulsion de mort mais du côté neurophysiologique, quelque chose qui s'emballe et que l'être humain dans ces cycles ne peut plus stopper ».

Elle explique qu'une forme de « maltraitance » infligée au corps de façon régulière aurait tendance à retenir le mécanisme jusqu'à le reproduire lui-même, parfois à tel point que le recours à la consommation de SPA devient une nécessité pour tenir.

Le fait d'avoir recours au terme « tenir » n'est d'ailleurs pas une métaphore selon elle, on y trouverait plusieurs sens derrière ce dernier : tenir debout au sens physique du terme avec tous les mécanismes physiologiques que cela implique : le tonus musculaire, les processus hormonaux... Les bilans qu'elle réalise auprès de ses patients lui font évoquer la sphère de la fatigue. L'usage abusif de substances psychoactives mêlé aux conditions de travail dégradées aurait donc comme conséquence une entame des processus corporels.

Ces constats nous ont amené à nous interroger sur la question de la prise en charge et du rôle des services de santé au travail interentreprises face à ces problématiques.

Une pratique professionnelle tournée vers la réparation :

Selon Marie Pezé, le champ d'action des SSTI est relativement limité. Cet aspect serait principalement dû à leur mode d'organisation et le manque de personnel, notamment de médecins du travail :

« Dans certains SST, on voit un salarié toutes les 15 minutes, qu'est-ce que vous voulez qu'il leur reste. Leur spécificité c'était l'analyse du travail réel. Beaucoup d'anciens ont été formés à ça, les nouveaux pas du tout parce qu'ils viennent d'autres spécialités, comme on manque de médecins du travail, c'est des collaborateurs... l'analyse du travail réel qu'a connu ma génération est en train de disparaître, y compris en ergonomie de langue française ».

Cette réflexion porte sur l'un des rôles principaux des services de santé au travail interentreprises, qui est de pouvoir proposer des axes d'amélioration des conditions de travail par l'observation des situations de travail. Or, selon

l'interviewée, cette pratique serait en déclin et/ou fortement limitée. Elle insiste également sur le fait que les différents projets de réformes liés à la santé au travail ne permettent pas une stabilisation des pratiques. Les changements évoqués dans le cadre du rapport sur la santé au travail de 2018 demandé par l'ancien premier ministre Edouard Philippe sont selon elle source d'incertitudes chez les professionnels de santé au travail. Elle évoque notamment le potentiel remplacement du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP).

Nous évoquons également la question du travail en pluridisciplinarité pratiqué en SSTI. Notre interlocutrice considère qu'il n'est pas possible de : « prescrire de la pluridisciplinarité » qu'elle définit comme :

« Le respect, la connaissance approfondie du travail de l'autre qui fait qu'on ne va pas lui demander le truc qu'il ne peut pas faire. Voilà. Ni le mettre en situation de trahir ses règles de métier ou son propre secret professionnel, [...] c'est un usage sur le long terme extrêmement complexe ».

L'application de la pluridisciplinarité en SSTI semble selon elle encore difficile. Pour justifier ce propos, elle évoque le fait que :

« Dans les SST, vous avez encore quasiment 70% des médecins qui ne sont pas d'accord pour que les infirmières fassent des entretiens, ils ne supportent pas alors qu'on a des infirmières remarquables. Alors vous imaginez, partager avec les autres c'est compliqué ».

Le manque de pluridisciplinarité serait en partie dû à une forme de non reconnaissance des compétences entre pairs en service de santé. Cette observation est importante pour notre interlocutrice car le travail en collectif est une des solutions pour accompagner les personnes en souffrance, et travailler sur le retour de la capacité de penser que nous avons évoqué dans la partie précédente.

Au fur et à mesure de nos discussions, se pose la question de la transposition des pratiques. Nous questionnons alors Mme. Pezé sur la faisabilité d'un éventuel transfert des compétences de sa pratique en service de santé au travail et en entreprises. Selon elle, il serait complexe de mettre en place un accompagnement comme elle peut le proposer actuellement, notamment à cause du manque de temps dont bénéficient les professionnels de santé en SSTI mais aussi

de par les comportements entre individus. Cet aspect serait principalement lié aux représentations de la solidarité en France :

« Mais collectivement en France on est atterrés par la défaite de la solidarité que vous ne sentez pas dans les autres pays. Il y a une agressivité ambiante, un chacun pour soi ambiant qui est quand même... pas omniprésent mais bon. On ne peut pas prescrire du collectif ».

Dans un premier temps, il lui semble nécessaire de remettre en place le principe de solidarité. Et cela passe notamment par des temps de rencontre, d'échanges entre professionnels. A ce titre, elle participe à des rencontres organisées par l'association Soins aux Professionnels de la Santé¹¹ (SPS) dans le cadre de « café santé travail ». Ces lieux d'échanges permettent la formation de personnel écoutant dans les villes ciblées, afin d'avoir une personne référente vers laquelle se tourner en cas de difficulté dans la pratique. Les retours liés à ce type de projet semblent positifs :

« Les gens reprennent contact avec moi pour me dire qu'ils ont changé de manière de fonctionner. Ils ont compris qu'ils ne pouvaient pas attendre qu'on les aide s'ils n'aident pas les autres. Donc on voit que les gens attendent un discours, mais un discours pas factice, authentique sur s'occuper les uns des autres qui est dans la loi ».

En effet, l'article L.4122-1 du Code du Travail (2021) évoque la responsabilité de santé et de sécurité des travailleurs : « il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail ».

1.4.2.3 Conclusion

Ces échanges avec Marie Pezé nous ont offert la possibilité de nous décentrer d'une vision axée sur les addictions en milieu de travail. Nous pensons que ce travail précoce de mise en réflexivité est important dans le cadre de nos travaux de recherche. A juste titre, il nous a permis une prise de recul afin d'envisager les aspects sociétaux, organisationnels et culturels en lien avec le monde du travail, de

¹¹ Association ayant comme objectif le rassemblement d'un groupe d'experts souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de la santé (SPS, 2015)

la santé, de la santé au travail et de la consommation de produits au sens large. Il nous a également permis de développer notre regard sur les impacts de ce conglomérat au niveau individuel, qu'ils soient physiques ou psychologiques. Enfin, l'expertise de notre interlocutrice nous a permis de renforcer nos connaissances sur les nombreux visages qui composent l'addiction : du produit chimique au tout-cognitif.

1.4.3 L'addictologie : entretien avec Philippe Hache

Eléments biographiques et contextuels

Notre série d'entretiens se poursuit avec un focus sur un champ disciplinaire presque incontournable en lien avec notre recherche, celui de l'addictologie. Définie comme : « *l'étude des comportements pouvant aboutir à une dépendance dangereuse pour la santé* » (Le Robert, s.d), l'addictologie nous semblait être importante à mobiliser pour développer notre regard sur la thématique de recherche choisie. Jusqu'alors, nous n'avions pas encore eu l'occasion d'échanger avec un professionnel de cette discipline, et nos questions étaient encore nombreuses : quel regard un addictologue peut porter sur les usages de SPA et notamment en milieu de travail ? Y'a-t-il une méthode de prévention à privilégier en fonction des contextes d'interventions ? Quelle approche privilégier pour réduire le sentiment de jugement et le tabou ?... il nous semblait évident de pouvoir nous adresser à un professionnel de ce milieu pour développer cette partie introductive.

Philippe Hache est médecin généraliste de formation. Après avoir exercé en tant qu'assistant puis attaché des hôpitaux, dans des services de médecine d'urgence ou de réanimation, il obtient une capacité de médecin du travail avant de devenir médecin de prévention dans une collectivité territoriale en région parisienne. En 2011, il intègre l'Institut National de Recherche Scientifique (INRS) où il obtiendra un Diplôme Universitaire d'addictologie sous la Direction du Professeur Michel Reynaud (Lenoir, 2019). Nous avons eu la possibilité de le rencontrer lors d'une réunion proposée par le réseau « Addictions et Entreprise » porté par l'Institut Santé Travail du Nord de la France. Celui-ci regroupe des représentants des services de santé au travail des Hauts-de-France (médecins du travail, infirmiers santé-travail, assistantes santé-travail) et de la MSA des départements Nord et Pas-de-Calais, l'inspection médicale du travail, un pharmacien toxicologue, une juriste ainsi que les

associations Anpaa 59-62. Ce collectif est animé par Paul Depézeville, et Bernard Fontaine, médecin du travail au Pôle Santé Travail Métropole Nord.

L'INRS est proactive depuis plusieurs années au sujet de la prévention des risques liés aux conduites addictives : rédaction d'articles dans des revues destinées aux SSTI, aux entreprises, aux chargés de prévention, création et diffusion d'une brochure « Pratiques addictives en milieu de travail : principes de prévention », création d'une rubrique « addictions » sur leur site internet, formations destinées aux services de santé au travail... Nous savions à ce moment que M. Hache animait les séances de formation liées à la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Deux formations avaient notamment retenu notre attention :

- « Prévenir les risques liés aux pratiques addictives en milieu professionnel » dont l'objectif principal est de pouvoir proposer une démarche de prévention des risques professionnels intégrant les pratiques addictives en milieu de travail ;
- « Participer à la prévention des risques liés aux pratiques addictives en milieu professionnel » qui a pour objectifs le développement d'une démarche de prévention collective des risques professionnels, intégrant les pratiques addictives, et situer son action.

Les objectifs pratiques liés à ces formations nous semblaient pertinents, c'est une des raisons pour lesquelles nous nous sommes tournés vers M. Hache afin de recueillir des informations complémentaires qui nous permettraient de mieux baliser les objectifs de notre travail de recherche.

Après un bref contact par mail, nous rencontrons Philippe Hache au siège de l'INRS à Paris en septembre 2018.

Analyse thématique globale

Un regard progressiste sur les conduites addictives :

Nos échanges portent naturellement sur les objectifs de notre projet de recherche, et nous réalisons un bref retour sur les différents entretiens que nous avons mené jusqu'alors. Nous évoquons notre dernier entretien avec Geoffrey Le Guilcher et à quel point sa vision de la problématique pouvait être différente de celles

évoquées dans nos premiers entretiens¹². Philippe Hache réagit en soulignant que la posture adoptée par le journalisme est intéressante car elle est basée sur des faits singuliers et concrets qui ont fait de son expérience un vrai terrain d'investigation :

« Le point de vue du journaliste est intéressant, parce que lui, il n'est pas médecin du travail, il n'est pas ergonomiste, il est curieux, il raconte ce que lui voit en tant que salarié et s'il a réussi à consommer tous ces produits et ne pas en devenir esclave, alors lui-même a son propre équilibre. Je trouve que son point de vue est intéressant car on est souvent en train de parler entre grands spécialistes et lui a la chance de savoir écrire, de savoir investiguer et d'écrire ».

A cet instant, nous souhaitons revenir sur : « le passage de l'usage à la conduite addictive » et nous nous questionnons sur les aspects culpabilisants pouvant être adoptés par les animateurs des campagnes de prévention de l'usage de SPA en milieu de travail. Philippe Hache souligne alors que la conduite addictive inclut forcément l'usage. Cette intervention met en évidence le manque de connaissances dont nous pouvions faire preuve au début de notre recherche, et il nous semblait important de le relever pour justifier encore une fois l'intérêt des entretiens que nous avons mené.

Notre interlocuteur met en exergue, dans la suite de nos échanges, les facteurs pouvant influencer la consommation de SPA ou le développement des conduites addictives. Il relate plusieurs types de facteurs d'influence, et notamment la prévalence du risque de consommer du tabac lorsque l'on évolue dans un cadre où l'entourage en consomme :

« Les études épidémiologiques, sociales et autres, ont montré qu'on commence à consommer in fine plus souvent parce que dans la famille les parents fument ».

Selon lui, la sphère sociale extrafamiliale peut également influencer la consommation, dans un but d'intégration à un groupe social. Il insiste sur la contradiction que l'usage peut provoquer chez un individu :

¹² Pour rappel, le compte rendu de nos échanges avec G. Le Guilcher sera développé dans la partie suivante.

« Alors parfois on a vraiment envie de rester dans le groupe, et le groupe fume souvent, pourtant on a mal au ventre dès la première cigarette, mais on le fait car on a besoin d'être rassuré ».

Enfin, notre interlocuteur rappelle que certaines politiques de prévention ont tendance à concevoir l'usage d'une substance comme un choix de la part d'un individu, mais qu'elles ont tendance à oublier que c'est parfois l'environnement de la personne qui en vient à lui proposer un produit. Il cite alors les campagnes de publicité pour différents produits : chicha, alcool... qui peuvent avoir un réel impact sur les consommations. Nos recherches nous ont conduits à des études qui se sont intéressées aux effets du marketing sur les représentations et incitations à consommer dont une étude menée par l'INSERM (2014). Une méta-analyse de 52 études réalisées sur ce thème montre que la publicité a un effet significatif sur l'initiation tabagique des jeunes, l'envie de continuer des fumeurs adultes et la fidélité à une marque de tabac (Capella et al., 2011 cité dans INSERM, 2014). Concernant l'alcool, une revue de littérature des études réalisées à l'échelle internationale a été réalisée par plusieurs chercheurs. Sur treize études examinées, douze d'entre elles montrent un lien de significativité entre l'exposition à la publicité et l'initiation de la consommation d'alcool, et ce notamment chez un public adolescent. Ils démontrent également que plus l'exposition publicitaire est importante, plus la consommation sera élevée chez les buveurs (Anderson et al., 2009a cité dans INSERM, 2014). Sur cette même thématique, Philippe Hache évoque des échanges qu'il a eus avec des salariés anciennement consommateurs d'alcool sur la question des facteurs organisationnels pouvant impacter les consommations :

« Les anciens consommateurs me disent que la première année où ils reprennent le travail, les trois facteurs compliqués pour eux sont ; la surcharge de travail, le stress et le regard des autres. L'environnement, les risques psychosociaux, le stress, le port de charges lourdes, le temps de travail, les horaires atypiques, l'isolement sont des facteurs de risques ».

Les facteurs d'influence de consommation semblent donc être nombreux, appartenant à la fois à des sphères professionnelles et extraprofessionnelles. Il semble donc logique de considérer que l'usage de SPA soit également présent dans ces différents milieux, et notamment au sein d'une organisation de travail.

Notre interlocuteur évoque alors deux expériences professionnelles qui viennent étayer cette notion d'intrication des consommations en milieu de travail :

1. Une expérience vécue en service de santé autonome¹³ d'une collectivité territoriale, où un salarié lui été adressé après avoir été convoqué par la gendarmerie pour faire un éthylotest dont le résultat était positif à l'alcool. Cette personne était régulièrement en état d'ébriété sur la voie publique. Les échanges et la prise en charge ont montré au Dr. Hache que l'individu en question souffrait de problématiques familiales qui ont pu dans une certaine mesure renforcer sa consommation d'alcool au point d'en impacter son travail ;
2. Une seconde expérience toujours au sein du même service où il a découvert l'alcoolisme d'un salarié suite au remplacement d'un de ses collègues. Lors des entretiens de prise en charge, la personne se confie également sur ses conditions de vie difficile vécues en dehors du travail (deuil, maladie, conflits...) qui sont venues renforcer une consommation déjà présente jusqu'à la rendre continuelle, y compris au sein de son entreprise.

Les univers de vie et de travail semblent perméables, et les événements vécus au sein de l'un d'entre eux peuvent avoir des répercussions sur les autres. C'est notamment à travers ce type de constat que notre interlocuteur a développé un nouveau regard sur la question des consommations.

M. Hache parle d'une forme de déclic dans son expérience professionnelle, l'ayant amené à passer d'un regard qu'il considère comme : « accusateur » au sujet de la consommation de cannabis et d'alcool, à un regard basé sur la compréhension. Ce déclic a eu lieu lors d'un déplacement où il était envoyé en renfort sur des feux de forêt dans le sud de la France. Il raconte :

« J'ai été reçu par un chef de centre qui m'a accueilli dans son bureau, et il m'a proposé de choisir entre plusieurs boissons alcoolisées. Et là je me suis dit : « pourquoi être accusateur quand la hiérarchie consomme aussi ? ». Donc il faut revoir le discours. Et ça été de même pour le cannabis, parce que finalement quand

¹³ Le service autonome (de santé au travail) est créé au niveau de l'entreprise de l'un de ces établissements (Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, 2020).

on lit des études, on voit que même dans l'armée il y a de la consommation de cannabis. On voit qu'il y a un réel besoin de consommer et qu'on ne peut pas y faire grand-chose à part faire de la prévention ».

Et c'est notamment sur cet aspect qu'insiste aujourd'hui notre interlocuteur : faire de la prévention dans une logique de préservation de la santé mais aussi de compréhension. Seulement, cette dynamique semble être difficile à appliquer en milieu de travail.

Conduites addictives et entreprise, un rapport complexe :

La complexité du contexte dans lequel s'inscrivent les usages de substances renvoie aux propos tenus par Geoffrey Le Guilcher lorsqu'il explique que la prévention dans ce domaine lui semble limitée lorsqu'elle est appliquée au monde du travail¹⁴. Nous en profitons pour questionner Philippe Hache sur cette thématique : comment perçoit-il la relation entre les conduites addictives, l'organisation du travail et les acteurs du travail ? Ce dernier en profite pour donner son point de vue sur les approches de chacun, et revient notamment sur des propos tenus par Dominique Lhuillier, professeure émérite au centre de recherche sur le travail et le développement du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) et directrice de thèse de Gladys Lutz :

« Dominique Lhuillier disait une fois, qu'il y a une hypocrisie dans tout ça [la prévention des conduites addictives en milieu de travail] car elle se demandait si les conduites addictives ne sont pas bénéfiques au travail et sous-entendu aux employeurs, de tenir au travail et d'être plus productif ».

Cette conception de la problématique est questionnante dans le sens où les entreprises trouveraient un intérêt à « laisser les conduites addictives s'exprimer en milieu de travail » pourvu qu'elles servent à la productivité de l'entreprise. Notre interlocuteur adhère à ce propos mais tend à le nuancer en expliquant que cette logique est limitée dans le temps du fait des impacts psychiques et physiologiques que les usages vont produire sur un individu : « Je pense que ce n'est valable qu'un temps, tant qu'on est soumis aux mêmes problèmes privés et professionnels, car tous ces produits-là ont des conséquences physiologiques avec une certaine tolérance, donc on se met à consommer de plus en plus pour avoir les mêmes

¹⁴ Cf. Le journalisme : entretien avec Geoffrey Le Guilcher.

bénéfices et au bout d'un moment on ne maîtrise plus le produit, on en devient esclave et le produit nous détruit ».

Philippe Hache rappelle qu'en France, 40 millions de français consomment de l'alcool dans l'année, et 21% d'entre eux expriment connaître au moins un état d'ivresse dans l'année. Effectivement, les résultats du Baromètre Santé 2016 (Santé Publique France, 2021) indiquent que 47 millions de Français ont déjà expérimenté l'alcool. Parmi eux, 43 millions sont usagers dans l'année, 9 millions d'entre eux déclarent avoir une consommation régulière, et 5 millions un usage quotidien. On estime d'ailleurs aujourd'hui qu'environ 11% des décès en France seraient imputables à une consommation d'alcool (Bonaldi & Hill, 2019, p. 98). Sur le plan des conséquences psychologiques, notre interlocuteur énonce le fait que l'alcool peut développer une tendance dépressive chez ses consommateurs. Les recherches scientifiques tendent effectivement à montrer cet effet (Benyamina et al., 2014, p. 120 ; Menecier, 2010, p. 32). Cet aspect est important à prendre en compte et ce notamment dans le cadre de la prévention en entreprise. Selon l'interviewé, il permet de travailler sur le tabou existant lorsque qu'un collectif de travail est au courant de la consommation d'un ou d'une collègue, mais préfère ne pas en parler :

« Quand on dit aux salariés qu'ils sont tous témoins des difficultés que rencontre un collègue mais que pour le protéger ils ne disent rien, ils ne se rendent pas compte, qu'en attendant, la personne continue sa consommation et est en train de se détruire. Pour ces personnes, l'alcool est un médicament pour soulager ces problèmes. Sauf que non, il faut en parler au médecin du travail pour qu'il y ait une prise en charge globale pour soigner une dépendance ».

Le travail de prévention se réalise également auprès de l'entourage des personnes concernées par une consommation sur le lieu de travail. M. Hache insiste sur l'importance d'expliquer les conséquences de la dépendance à l'ensemble des acteurs du monde du travail, et notamment aux personnes concernées par une problématique addictive :

« Il faut donc expliquer les conséquences de cette dépendance et des risques potentiels afin de déculpabiliser les salariés qui souhaitent évoquer les problèmes de dépendance avec leur hiérarchie ».

Il témoigne avoir connu de nombreuses situations où un salarié consommait de l'alcool sur son lieu de travail et que cette situation était connue soit des collègues, soit parfois même de la hiérarchie. Des alertes peuvent être formulées auprès de différentes instances telles que le CHSCT, le service de santé... mais que globalement, aucune démarche n'est mise en place. M. Hache explique qu'il existe notamment une forme de logique de déresponsabilisation :

« Ou alors c'est « j'ai convaincu le salarié de prendre un rendez-vous chez le médecin du travail pour ne pas que ça soit moi et que ça ne soit pas une injonction » Donc voilà, il y a tous ces aspects-là de méconnaissance de la part de tout le monde ».

Selon lui, la méconnaissance des protocoles et la crainte des conséquences, fonctionnent souvent de concert et bloquent totalement les actions préventives, et ce notamment auprès des encadrants. Il nous évoque alors le cas d'un chef d'équipe qui ne savait pas quelle démarche suivre concernant la consommation d'alcool sur le lieu de travail de l'un de ses collaborateurs, et la crainte d'être accusé de harcèlement moral en cas d'action. Cette consommation était d'autant plus « influencée » car l'entreprise organisait des repas à thème :

« ...et il y a avait plusieurs fois dans l'année des repas choucroute avec tirette à la bière à volonté, vin rouge tous les midis ».

De fil en aiguille, Philippe Hache s'était rendu compte que la Direction était également au courant de la situation, mais que rien n'avait été mis en place. Malgré sa volonté de mettre en place une démarche basée sur des rencontres collectives, notre interlocuteur n'avait finalement pu obtenir qu'une note de service du directeur expliquant que : *« lorsqu'il y a un pot c'est la personne qui sert qui est responsable »*. Il termine en expliquant :

« Dans cette collectivité, quand j'avais dit qu'il fallait qu'on s'occupe de l'alcool, à la fin d'un CHST, on m'avait dit « tu peux toucher au cannabis mais tu ne touches pas à l'alcool ».

Il existe donc des situations où la volonté de mettre en place une campagne de prévention peut être avortée dans le but d'une forme de maintien de la : « paix sociale » ou d'adaptation. Pour corroborer ce propos, notre interlocuteur évoque

également une situation vécue par l'un de ses confrères médecin de la police nationale dans le cadre d'un processus de sélection :

« J'avais discuté avec un médecin de la police nationale qui me disait qu'ils avaient eu des problèmes dans le sud de la France, car les auxiliaires de sécurité, pendant la campagne de recrutement, ils étaient tous négatifs au test [de dépistage du cannabis], ils en prenaient 16 sur 25 et puis deux mois après il y a un budget pour refaire passer des tests aux 9 restants, ils étaient tous positifs. Suite à ce test, la Police de Paris a déclaré qu'au vu de ce constat, la police devait s'adapter à la société ».

Cette expérience montre à quel point la consommation de substances psychoactives peut parfois s'imposer, et ce même dans les cadres institutionnels où leur consommation est proscrite.

De ce phénomène de crainte et de méconnaissance que nous évoquions naitrait également une forme d'économie cognitive qui pousserait en partie les encadrants de proximité et/ou les directions à se tourner vers les tests de dépistage, ce qui selon notre interlocuteur, est une solution limitée :

« Il y a toute une partie réglementation que les gens ne connaissent pas et il y a une économie autour des tests, et on se jette sur les tests, parce qu'il y a les commerciaux, parce que ceci, parce que cela...Mais les tests il y a un manque de fiabilité, ce n'est pas tout le personnel ».

Au contraire, la formation du corps managérial est selon lui fondamentale : apprendre à exprimer des problématiques dans un cadre sécurisé et sécurisant est une base primordiale au bon développement d'actions de prévention :

« Que l'encadrant puisse dire : « J'ai eu tels problèmes particuliers, qu'est-ce qu'il aurait fallu faire ? » et que ça se fasse au cours de réunions que d'encadrants, sans les salariés, sans jeter la pierre à quelqu'un, dire qu'on est là pour réfléchir et que ça ne sort pas de la pièce. Ce qui sortira de la pièce sera des procédures, des points soulevés à travailler, c'est ça qui est important dans un premier laps de temps ».

Cependant, avant de pouvoir intervenir en entreprise sur ces questions, la question de la formation des acteurs de la santé au travail semble également importante. Nos échanges se sont également tournés vers cette question, et le constat réalisé évoque la complexité de cette problématique.

Une prévention des usages « timide » et soumise à des incertitudes :

Nous questionnons notre interlocuteur sur sa vision de la prévention telle qu'elle est réalisée par les acteurs des services de santé au travail, et notamment par les médecins du travail. Nous évoquons ensemble la question du cannabis, dont la consommation tend à se développer en France depuis plusieurs années (OFDT, 2020). Pour la mettre en lien avec ces questions de prévention, M. Hache explique que dans le cadre du travail, le caractère illicite du cannabis aurait plutôt tendance à fermer la discussion entre médecins et salariés :

« Les médecins ne veulent pas trop aborder la question du cannabis parce que pour eux c'est une « patate chaude » et après ils ne savent pas trop quoi en faire ».

Nous nous interrogeons sur les raisons qui pourraient justifier ces comportements, et nous abordons alors la question de la formation des médecins du travail sur la consommation de substances. M. Hache explique qu'il intervient dans la région parisienne pour dispenser des cours sur cette thématique :

« A l'heure actuelle sur la région parisienne, pour l'Ile de France, c'est moi qui fais le cours et j'ai une heure et demie, pour l'ensemble des étudiants en médecine, qui préparent l'internat. Ça fait que trois ou quatre ans qu'ils ont des cours sur l'addictologie, puisqu'à l'internat il y a des items à connaître et ça fait pas plus de quatre ans qu'il y a un item sur l'addictologie, du coup c'est pas en une heure et demie qu'on fait évoluer les choses ».

Une des problématiques principales expliquant la « frilosité » des médecins du travail serait donc le manque de temps alloué dans la formation sur cette problématique. Cependant, cette situation ne serait pas uniquement imputable aux médecins du travail, mais également au reste des acteurs de la santé au travail : infirmiers, psychologues du travail, ingénieurs en prévention des risques... les formations initiales ne proposeraient pas suffisamment de modules concernant les

questions d'addictologie et/ou de prévention liée à l'usage de substances. De plus, il semble important de noter que ces thématiques sont abordées plus en détail uniquement dans le cadre d'une spécialisation en addictologie (ex : médecin addictologue, infirmier en addictologie...). Or, l'ensemble des personnels de santé au travail n'a pas toujours la possibilité de réaliser ces spécialisations avant d'entrer dans le monde de la santé au travail. Cette situation aurait également d'autres conséquences comme la non prise en compte de la problématique lors des visites médicales, ou la modification du comportement chez le professionnel de santé :

« Du coup je comprends que lorsqu'on est face à une personne en difficulté, envoyer cette personne auprès du médecin du travail, qui va la saquer, ça ne va pas être bon non plus. Et je me mets à la place du médecin du travail, qui va être confronté à un problème de cannabis, qui ne sait pas ce qu'il faut faire, et qui donc, va avoir son réflexe de posture culpabilisante ».

Les acteurs de la santé au travail auraient également tendance à se tourner vers un outil dans l'espoir que ce dernier puisse être la solution : « C'est souvent : « on a un logiciel, ça va régler tout dès qu'on a un souci » ».

Comme nous l'avions évoqué précédemment, M. Hache met un point de vigilance sur l'importance de la formation et de la sensibilisation des personnels de santé au travail sur les questions de prévention liée à l'usage de substances. A ce propos, et comme nous le citons dans la partie introductive de cet entretien, l'INRS propose plusieurs formations :

« Nous on a des formations ouvertes. On a trois formations : une pour les préventeurs d'entreprise, pour les services de santé au travail sur la prévention en général des conduites addictives en milieu professionnel et on a une troisième mais ouverte qu'aux médecins et infirmiers ».

Au sein de ces formations, les intervenants proposent notamment de développer une approche globale intégrant par exemple les conditions de travail :

« Le truc c'est qu'il faut se poser les questions de quels sont les problèmes exactement ? Il faut réfléchir peut-être aux conditions de travail des gens, au fait qu'on leur propose des pots sur leur lieu de travail. De voir ça de manière globale au

niveau de l'entreprise, en ayant les connaissances de base, c'est n'est pas qu'une faute individuelle de consommer ».

La qualité de l'intervention passe également par l'identification des différents acteurs extérieurs ou intégrés à la situation de travail, et des rôles de chacun :

« Il y a aussi une équipe pluridisciplinaire qui est là pour ça, la médecine du travail. L'encadrant a besoin de savoir ce qu'il doit faire et ne pas faire pour réduire les risques, si quelqu'un présente un trouble du comportement, alors l'employeur a sa part de responsabilité de faire remonter l'information aux personnes compétentes ».

Notre interlocuteur rappelle alors l'importance et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire qui compose un service de santé au travail :

« C'est ça qui est intéressant, voir la force de l'équipe pluridisciplinaire, le psy et l'ergo vont travailler sur le lien avec le travail alors que l'infirmière et le médecin vont travailler sur la personne dans sa globalité ».

Philippe Hache nous explique qu'actuellement, les actions en milieu de travail ne trouvent pas toujours sens et sont parfois menées en demi-teinte :

« L'exemple caractéristique c'est le mois sans tabac, les autorités de santé publique s'en sont emparées depuis des années, et dans les entreprises on se dit qu'il faut le faire aussi, mais on se pose pas la question de « pourquoi on a autant de pauses clopes ? ». On ne se pose jamais la question : « est ce qu'on consomme plus au boulot que le weekend end ? », les campagnes vont inciter à arrêter au sein de l'entreprise mais ils ne vont pas aller plus loin ».

Des outils existent, tels que les fiches d'observation d'un trouble du comportement chez un salarié. Seulement, ces procédures ont souvent un bénéfice limité :

« Il y a souvent des procédures de troubles du comportement qui s'arrêtent à : « je ramène la personne chez elle » sans avoir eu un avis médical ».

Ces documents n'indiquent souvent pas la question du suivi médical et du retour du salarié au sein de la structure. Or, M. Hache rappelle que la phase de suivi suite à ces observations est très importante :

« Au retour du salarié, il faut l'accueillir, discuter avec lui de ce qu'il a ressenti, aussi ce qu'a ressenti son équipe, comprendre ce qu'il s'est passé et si besoin, faire une visite avec un médecin du travail pour peut-être adapter le poste de travail ».

Et ce notamment lorsqu'il s'agit d'un trouble du comportement qui peut être rattaché à l'usage d'une substance psychoactive.

Nous concluons nos échanges sur l'évolution de la prévention en matière de santé au travail. En effet, le monde des services de santé au travail va être le théâtre d'une réforme initiée notamment via le rapport de Charlotte Lecocq, députée du Nord. Ce rapport intitulé « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », remis au Premier ministre le 28 août 2018, a donné lieu à 16 recommandations dans le cadre d'une refonte du système français de santé au travail. Parmi les recommandations, on retrouve une proposition de rassemblement des différentes structures par la création d'un « guichet unique ». L'objectif principal serait de privilégier la prévention à travers la séparation des rôles de ses préventeurs de contrôle, au profit du conseil en entreprise. Philippe Hache s'exprime à ce sujet :

« L'idée de rassembler différentes structures au niveau régional pour avoir un guichet unique, à mon avis un jour on y arrivera, ça va peut-être prendre dix ou vingt ans mais ça pourrait sembler logique. Les intérêts c'est que, actuellement chaque service de santé au travail travaille dans son coin sur ce qu'il peut faire sur le sujet, donc là ça permettra de confronter les expériences de chacun et d'essayer de trouver quelque chose d'adapté à la région ».

Selon lui, cette transformation profonde pourrait donner lieu à plus d'échanges des pratiques et à une meilleure harmonisation des actions sur le plan régional :

« Si au niveau régional tout le monde a le même niveau de formation et tout le monde a le même discours, ça va être super ».

Le danger réside selon lui dans l'omission des rôles de l'équipe pluridisciplinaire, trop peu abordés dans le rapport :

« Le rapport Lecocq [...] parle du médecin du travail uniquement dans le suivi des salariés. Quid de cette équipe pluridisciplinaire où il y a plusieurs approches qui se concertent et c'est ce qui en fait la force, ça je suis surpris qu'ils aient oubliés ce point-là, mais moi je reste sur l'idée qu'il faut vraiment que ça soit un travail pluridisciplinaire ».

La question de la pluridisciplinarité semble fondamentale dans la création de projets de prévention en santé au travail. La réussite de cette réforme repose donc dans son maintien, mais également la pérennisation des contacts humains avec les entreprises :

« Il faut absolument que les parties santé au travail restent en contact humain avec les entreprises, or on voit de plus en plus d'applications montées par des services de santé au travail, sur lesquelles l'employeur, va renseigner, à partir d'un algorithme, le salarié... ».

Le risque associé à ces nouvelles pratiques pourrait résider dans le développement des interventions *a posteriori* du document rempli par la Direction, sans connaître la qualité du remplissage, le temps passé à diagnostiquer les problématiques... et de ce fait, cela pourrait *in fine* provoquer un éloignement des professionnels de santé de leur terrain principal : les entreprises.

Conclusion

L'entretien que nous avons réalisé avec Philippe Hache enrichit ce premier recueil de données en nous offrant la possibilité de développer un peu plus la vision de notre thématique de recherche. De par les formations qu'il a suivies, ses expériences vécues ou rapportées ou encore le métier qu'il exerce actuellement en tant que formateur, le Dr. Hache nous a apporté de nombreux éléments qui contribuent à cerner un peu mieux les enjeux de notre travail. Il nous a notamment permis de souligner le contexte social et politique dans lequel s'inscrit la prévention des usages de psychotropes, tout en mettant en lumière les difficultés auxquelles celle-ci est exposée – comme le manque de formation des acteurs de prévention, la méconnaissance des outils et pratiques des encadrants ou des directions.

1.4.4 Le journalisme : entretien avec Geoffrey Le Guilcher

Éléments biographiques et contextuels

Comme nous l'avons indiqué dans les conclusions de notre entretien avec Marie Pezé : comprendre la consommation de SPA et les addictions implique de ne pas se limiter à notre pratique professionnelle – ici, le travail et les organisations – et d'envisager un large spectre d'approches. Les produits licites ou illicites faisant visiblement aujourd'hui partie intégrante de notre société, apporter un point de vue journalistique sur la question nous semblait important.

Geoffrey Le Guilcher est journaliste indépendant. Après trois ans passés au sein du média Inrockuptibles, il collabore avec Mediapart, Le Canard enchaîné, Streetpress, Les Jours et la revue XXI. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages dont *Luc Besson. L'homme qui voulait être aimé: La biographie non autorisée* (2016) ou encore *Sarkozy-Kadhafi. Des billets et des bombes* (2019). Directeur de la collection Journalisme aux Editions Goutte d'Or, il publie en 2017 un livre intitulé *Steak Machine* (2017). A la manière de Robert Linhart dans *L'établi* (1981), l'auteur a été embauché en tant qu'intérimaire au sein d'un abattoir breton, dissimulant alors sa qualité de journaliste. Il est ce qu'on appelle « un établi », soit un intellectuel immergé en milieu industriel engagé à des fins d'observations sociales. L'observation participante clandestine qu'il mène pendant plusieurs mois l'amène alors à découvrir l'application de l'organisation scientifique du travail et ses effets pervers sur les Hommes et les animaux.

Nous avons eu l'occasion de voir M. Le Guilcher s'exprimer sur son expérience lors d'une table ronde au congrès ADDITRA de 2017, et la lecture *Steak Machine* (2017) avait conforté notre volonté de le rencontrer. En effet, plusieurs faits relatés au sein de cet ouvrage avaient attisé notre curiosité. Une phrase souvent relatée dans les différentes interviews de l'auteur avait eu pour mérite de retenir notre attention :

« *Si tu bois pas, que tu fumes pas, que tu te drogues pas, tu tiens pas à Mercure, tu craques* » (Le Guilcher, 2017, p.92).

Ces différents éléments nous ont mené à nous renseigner quelque peu sur les conditions de travail des abattoirs. Le rapport STIVAB (Santé et Travail dans

l'Industrie de la Viande de l'Agriculture Bretonne) publié en 2005 est considéré comme une des enquêtes les plus complètes sur les conditions de travail en abattoir en France (Conditions de travail et santé des ouvriers d'abattoirs, s. d.). Il décrit les résultats d'une étude concernant l'état de santé perçu des salariés de cette filière, dans ses composantes physiques et mentales, et en relation avec leurs contraintes de travail, physiques, organisationnelles et psychosociales. Globalement, les résultats montrent une prédominance d'états de santé dégradés sur les plans physiques et psychosociaux (Institut de veille sanitaire, 2007, p.4). La consommation de SPA a été prise en compte dans l'évaluation de certains critères dont l'isolement social, la dépressivité, la présence de troubles musculo-squelettiques... Il s'avère par exemple que d'après les résultats basés sur l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression) permettant d'évaluer l'existence d'un syndrome dépressif, les abstinents ayant participé à l'enquête ont une prévalence supérieure de dépressivité (Institut de veille sanitaire, 2007, p.50). C'est notamment ce type d'information qui nous a poussé à nous tourner vers M. Le Guilcher.

Après un contact par mail expliquant notre démarche de travail, nous le rencontrons en septembre 2018 à Paris dans un café non loin de Gare du Nord.

Analyse thématique globale

Comprendre la problématique par l'immersion :

Les premiers échanges portent naturellement sur l'approche que l'auteur a proposée au sein de son ouvrage *Steak Machine* (2017) : l'infiltration au sein d'un abattoir en tant qu'intérimaire. En effet, en plus d'être un écrit immersif, l'ouvrage développe toute une partie théorique sur la question des conditions de travail dans le milieu des abattoirs ; en référant à la fois des enquêtes dont le STIVAB (2005), mais aussi des échanges avec des professionnels de la recherche ou activistes du milieu.

Nous questionnons notre interviewé sur les motivations qui l'ont poussé à agir de cette manière. Il nous explique qu'il souhaitait développer une approche transversale. Cette volonté s'inscrit dans une logique d'observation participative à la fois en milieu de travail mais également en milieu extraprofessionnel. Il considère cette immersion comme un outil permettant de recueillir des faits, événements, histoires personnelles et partagées qui seraient inaccessibles autrement :

« J'ai voulu avoir cette approche transversale, en m'installant sur place, en participant à des savoirs, en restant sur place, en me défonçant avec eux ».

Cette façon d'agir, d'appréhender le terrain, semble avoir été concluante au regard des propos tenus par M. Le Guilcher. En effet, il nous explique avoir eu la possibilité d'échanger avec un des directeurs de recherche qui a conduit l'étude du STIVAB suite à son expérience sur les propos tenus par les salariés qu'il avait fréquenté, ce qui aurait visiblement provoqué l'étonnement chez ce dernier :

« Quand j'ai retrouvé le professeur qui avait piloté le truc, [...] il avait fait un travail de long terme, 3 ans, mais il avait halluciné que j'ai eu accès à l'histoire du mec qui avait failli devenir fou avec les cachets. Lui ne l'a pas eu, en direct. Il savait qu'il y avait des histoires comme telles, mais impossible de les faire parler ».

L'ouvrage de l'auteur propose donc une approche transversale entre la recherche scientifique, les concepts théoriques et l'immersion, aboutissant à un consensus en termes de constat. En effet, la démarche adoptée par M. Le Guilcher s'apparente au concept d'observation participante que l'on peut définir comme :

« Un dispositif de recherche dont la caractéristique principale [...] est de chercher à faire fonctionner ensemble, sur le terrain, l'observation, qui implique une certaine distance, et la participation qui suppose au contraire une immersion du chercheur dans la population qu'il étudie » (Barus-Michel et al., 2002, p. 384).

Les usages de l'observation participante sont transdisciplinaires et s'appliquent notamment dans le domaine de la sociologie. La question du rôle du participant/observateur est importante. Plusieurs chercheurs en ethnographie ont proposé une catégorisation des formes d'observation participante dont Junker en 1960 dans son ouvrage *Field Work : An Introduction to the Social Sciences*. Quatre formes d'observations participantes sont alors évoquées :

1. Le participant complet dont les activités d'observation sont entièrement occultées ;
2. Le participant observateur où les activités d'observation ne sont pas invisibles mais restent dissimulées sous l'activité du participant ;
3. L'observateur participant dont les activités de l'observateur sont :
« rendues publiques dès le début et plus ou moins encouragées

publiquement par les personnes étudiées » (Junker, 1960 dans Barus-Michel et al., 2002, p. 379).

4. L'observateur complet qui implique une posture non participante, allant même parfois jusqu'à se cacher des individus ou phénomènes observés (exemple : observation à travers une glace sans tain).

Ces premiers travaux de catégorisation ont été par la suite repris et modifiés par d'autres chercheurs dont Peter et Patricia Adler qui proposent à leur tour trois types d'observation participante dont l'observation participante dite : « active » (Adler, 1987 dans Barus-Michel et al., 2002, p. 379). Ils définissent alors cette forme en partant du principe que le chercheur aura tendance à jouer un rôle dans le but :

« D'acquérir un statut à l'intérieur du groupe de l'institution qu'il étudie » (ibid).

La posture adoptée par M. Le Guilcher semble s'inclure dans cette logique qui lui aurait donc permis d'accéder à des éléments, informations, faits, pratiques... qui n'auraient pu être observés autrement.

Cette forme d'immersion pratiquée par notre interviewé et le recul qu'il a su prendre, suite à cette expérience, dans la rédaction de son ouvrage, lui ont également permis de prendre conscience du contexte dans lequel il s'était inscrit, et notamment sur la condition des abattoirs en France qui semble être en déclin socioéconomique. Selon l'auteur, cet aspect semble jouer une part importante dans le développement de politiques de prévention et de santé dans ce domaine :

« Le problème des abattoirs c'est que c'est pas rentable. C'est pas le maillon de rentabilité, le maillon c'est les supermarchés. Donc qu'est-ce que tu vas expliquer au secteur privé qu'il faut qu'ils donnent plus de pauses, qu'ils payent mieux les gens et qu'ils arrêtent de les transformer en machines. C'est pas possible ils sont déjà dans une logique de survie et en plus ils sont dans un ministère qui veut principalement dynamiser l'industrie. Et c'est ce qu'il se passe à chaque fois. Tant que les conditions des salariés sont rattachées au ministère de l'agriculture, tu peux faire tous les rapports que tu veux ça changera rien ».

Il semble également y avoir une logique de partage des pouvoirs qui multiplie les acteurs décisionnaires dans ce milieu, renforçant alors la difficulté à aboutir à un

consensus commun sur des sujets tels que la prévention, dont celle centrée sur l'usage de substances psychoactives.

Approche sociale et sociétale des conduites addictives :

Nos échanges se portent alors sur la vision partagée que développe par notre interviewé à propos des conduites addictives. En effet, cette thématique ne lui est pas inconnue car le sujet a été traité par Alexandre Kauffman dans un ouvrage intitulé *Surdose* (Kauffman, 2016), publié par les Editions Goutte d'Or comme *Steak Machine* (Le Guilcher 2017). Cet ouvrage traite d'une immersion de l'auteur au sein d'une unité spéciale de la brigade des stupéfiants parisienne appelée « Surdose ». Les échanges entre l'auteur de cet ouvrage et notre interlocuteur, ainsi que son expérience ont contribué à développer son regard sur la thématique de l'usage de substances. Il explique que la consommation de produits peut concerner tous les individus sans distinctions :

« Si tu veux, les conduites addictives traversent toutes les couches de la société ».

Il insiste cependant sur le fait que la typologie des usages varie en fonction des milieux :

« Tu vois les CA dans toutes les classes sociales, moi je suis bien placé pour le savoir. Chez les journalistes, c'est Cocaïneland. Chez les traders aussi, chez les politiques aussi... dans d'autres milieux, par exemple le milieu gay partouzeur, les amphétamines font des ravages ».

Selon Geoffrey Le Guilcher, la difficulté la plus prégnante lorsque l'on souhaite travailler sur cette thématique reste la levée du tabou. Selon lui, celui-ci peut être renforcé par la posture qui peut parfois être perçue comme culpabilisante pour les usagers, notamment lorsque l'on l'investigue en milieu de travail :

« Ce qui est compliqué, c'est de pas avoir ce côté tabou, culpabilisant chez les gens, notamment quand ça vient du monde du travail. Parce que souvent, c'est lié à des trucs enfouis, une histoire familiale, personnelle... ».

Selon ses conceptions, l'addiction, la dépendance, la conduite addictive fait appel à des processus intra-individuels et des éléments qui gravitent au sein de la

sphère personnelle et familiale des usagers, ce qui peut contribuer à renforcer ce tabou, notamment en milieu de travail.

Dans le cadre de son expérience au sein des abattoirs, notre interlocuteur explique ne jamais avoir pris le parti de dire qu'un salarié consommait une substance « à cause du travail » :

« Paradoxalement, en dépit de ce que j'ai fait, ou ce que j'utilise comme outil, je trouve que je me suis pas permis, à aucun moment dans le livre, de dire : « il se défonce parce que le travail est dur ». Je n'ai jamais dit ça, et c'est fait exprès. Et pourtant, il explique que son expérience a révélé chez lui une envie de consommer suite à une semaine de travail : « On allait évacuer une espèce de tension que te met le boulot car ce boulot te met de la tension, il est dur donc forcément ça joue. Mais ça ne joue qu'une partie, c'est ça tout l'enjeu... y compris dans ton travail, c'est d'arriver à bosser là-dessus en étudiant cette partie. En ne partant pas du principe que c'est la totalité du problème ».

La fin de cette citation propose un postulat intéressant selon lequel le travail ne pourrait pas représenter un facteur unique influençant la consommation de SPA, mais ferait plutôt partie d'un ensemble qui amènerait un individu à consommer.

Nous profitons de cet échange pour faire appel aux travaux de Gladys Lutz en énonçant la question de l'usage de SPA comme outil de réalisation du travail. Ce postulat semble alors interroger notre interlocuteur qui estime que cette approche se veut réductrice et involontairement moralisatrice. L'auteur insiste sur la notion de « perte de contrôle » dans le cadre d'une conduite addictive :

« C'est pas qu'une béquille... ça fait peut-être partie de l'être humain de changer d'état de conscience mais il faut des ressources, une certaine stabilité. Les conduites addictives c'est quoi souvent ? C'est la rencontre d'un effet sur ton corps ou sur ton esprit que tu ne maîtrises pas et dans lequel tu finis par perdre la maîtrise ».

Geoffrey Le Guilcher va encore plus loin dans son interprétation des conduites addictives en expliquant qu'elles se rattachent parfois uniquement aux caractéristiques intra-individuelles :

« La conduite addictive est forcément destructrice mais ne prend pas la forme d'une drogue. C'est parfois un truc de personnalité... il y a des gens ils ont besoin de tout faire à fond ».

Selon ce propos, il existerait une forme de déterminisme dans l'apparition des conduites addictives qui trouverait sa source dans la personnalité des individus.

Nous reviendrons plus longuement sur les facteurs impliqués dans le développement des addictions au sein du cadre théorique de notre recherche (cf. Les conduites addictives : positionnement et relations avec le travail). Cependant, il nous paraissait intéressant souligner les propos tenus par notre interlocuteur sur les aspects intra-individuels favorisant l'émergence d'une consommation de produits. De nombreuses recherches ont été réalisées sur ce sujet. Selon un article récent proposé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2020), il s'avère que la survenue d'une addiction reposerait principalement sur trois aspects : l'individu, un produit et un environnement. Si l'on s'intéresse particulièrement à la notion d'individu :

« L'âge, le sexe, la maturité cérébrale, la personnalité et l'humeur d'un individu jouent un rôle important sur son risque individuel d'addiction. L'initiation précoce et le sexe masculin constituent des vulnérabilités spécifiques. Ainsi, commencer à consommer de l'alcool au début de l'adolescence multiplie par dix le risque de devenir alcoolo-dépendant à l'âge adulte, par rapport à une initiation plus tardive vers l'âge de 20 ans. Les personnes anxieuses, au caractère introverti, ou encore avec une tendance dépressive, ont un risque accru de dépendance, tout comme celles avides de sensations fortes ».

La notion de personnalité semblerait donc jouer un rôle important dans le recours à l'usage de produits psychotropes ou de comportements addictifs.

La notion de « *recours au produit comme une béquille* » évoquée dans les travaux de Glays Lutz serait : « *plus viable* » selon Geoffrey Le Guilcher dans le cadre d'un traumatisme (infantile ou non) vécu par le consommateur. Mais selon lui, il serait plus pertinent de concevoir la consommation de SPA comme un outil dit : « *de libération* » permettant de provoquer une sensation de bien-être dans un contexte donné :

« C'est-à-dire un instrument de libération que tu n'as pas autrement ».

Il insiste alors sur l'importance de considérer l'histoire personnelle des consommateurs, leur entourage, leur culture... pour appréhender la notion de conduite addictive ; et que cela serait une erreur de traiter uniquement cet aspect de consommation de substances en milieu de travail :

« Je pense qu'au contraire, l'originalité c'est de dire que c'est une erreur de traiter ça uniquement dans le cadre du travail ».

Pour étayer ses propos, l'auteur de Steak Machine évoque l'environnement de vie des personnes touchées par les addictions :

« Pour moi c'est un peu vain de vouloir résoudre ça en tant que problème unique, comme une tranche de vie. Tu passeras toujours à côté du truc, c'est un ensemble, c'est le fait que 90% d'entre eux vont caner¹⁵ à 10 bornes de là où ils sont nés. Il y a que 3 types de jobs dans la région, ils ont pas le bac, ils ont pas beaucoup de ressources pour faire autre chose... ».

Selon lui, il y aurait donc un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux, qui, mêlés à une forme de culture qui pérenniserait les comportements des personnes addictes. Toujours selon l'INSERM (2020), l'influence de l'environnement (stress, contexte social et amical, présence de troubles psychiques...) serait aussi déterminante dans l'apparition des addictions :

« Le principal facteur de risque de dépendance au tabac est d'avoir grandi au sein d'un foyer de fumeurs facilitant l'accès au tabac. De même que l'addiction au cannabis est fortement associée au fait d'avoir eu des amis fumeurs au moment de l'adolescence ».

La notion de contrôle ou de non contrôle est récurrente dans les propos de M. Le Guilcher. Cette posture le mène à considérer que des personnes peuvent rester addictes toute leur vie à un produit ou un comportement, tout en apprenant à reprendre une forme de contrôle sur leur consommation. La notion de guérison reste selon lui difficile à évoquer dans le cadre des addictions :

¹⁵ Décéder

« On ne combat pas l'addiction, on t'apprend à en maîtriser les effets et ça c'est plus réaliste ».

Cette conception guidera nos derniers échanges sur les questions de prévention.

Un regard différent sur la prévention :

Au regard de ses expériences, notre interlocuteur a développé un regard particulier sur la prévention. En effet, comme nous l'avions cité précédemment, M. Le Guilcher avance qu'il est complexe de percevoir la problématique des conduites addictives en ne se focalisant que sur les consommations propres des individus en milieu de travail. La non prise en compte des facteurs extra-professionnels, culturels, sociaux, intra-individuels... viendrait biaiser cette approche et la rendre caduque. Approcher les conduites addictives par le travail serait selon lui limité et limitant :

« D'où c'est né ce concept d'étudier les addictions au travail ? Pour moi c'est une languette que tu tires, un premier truc mais tu peux pas rester que dessus pour agir ».

L'un des seuls intérêts de travailler sur ces problématiques au travail serait pour lui d'endiguer le tabou autour de ces questions.

Cette idée – mêlée au principe selon lequel la guérison d'une addiction n'est pas entièrement possible, mais que la meilleure approche consisterait à développer le contrôle de sa consommation – laisse voir une vision complexe de la prévention de la consommation de substances en milieu de travail que dépeint notre interlocuteur.

Nous le questionnons alors sur les solutions qui lui semblent les plus adaptées pour développer la prévention autour de ces questions. Sa réponse est la suivante :

« La meilleure façon de s'en convaincre c'est aller aux NA¹⁶, va faire un tour tu vas voir, c'est le bout de l'addiction. C'est presque une caricature. C'est souvent des gens avec pas mal de ressources sociales à Paris... t'as des intellectuels, des « stars », tout Paris. Et tu vas t'apercevoir que c'est des gens qui ont un énorme recul sur eux-mêmes, qui ont appris à se connaître. Y'en a beaucoup qui viennent tous les jours ou toutes les semaines, ils ont pas touché un truc depuis longtemps. Ils

¹⁶ Narcotiques Anonymes

parlent pas toujours de drogues... mais ils font toujours attention à leur non consommation. Tu te rends comptes qu'ils ont appris à se contrôler, à mettre des rites en place pour ne pas retomber dans le ravin ».

Approcher la question des consommations par les expériences d'individus qui ont connu une dépendance, puis qui ont développé le contrôle sur leur consommation, aurait selon lui des effets concrets comme la maîtrise de l'automédication :

« ...mais quelque part, tu as une forme d'auto médication chez certaines personnes avec les drogues. C'est assez-sous-estimé, mais que les addicto et psycho addicto connaissent bien. Tu découvres que parfois, quelqu'un hyperactif s'auto prescrit des trucs comme du Modafinil¹⁷, des méthamphétamines... ».

Cette réflexion fait écho aux propos de Gladys Lutz et Marie Pezé dans la logique d'avoir recours à un produit en tant qu'outil de régulation, mais ici appliqué au contexte extraprofessionnel.

Enfin, l'une des façons d'intervenir sur cette problématique au travail serait selon lui de tenter de faire passer un message en entreprise en jouant sur les « aspects sensibles » :

« Tu fais une soirée, un barbecue géant et tu dis : « nous on n'a pas de soucis avec l'alcool etc, par contre on a un vrai problème parfois si c'est sur le lieu de travail... » tu peux faire des trucs comme ça. Et du coup créer une sorte d'attention qu'ils n'auraient pas l'habitude d'avoir. Ils se diraient que c'est paradoxal mais ils écouterait ».

Aborder les problématiques à contre-courant serait selon lui un moyen plus efficace de développer la prévention, tout comme le fait de faire appel au témoignage d'anciennes personnes addictes.

Conclusion

Notre entretien avec Geoffrey Le Guilcher se démarque assez significativement de par son approche immersive et centrée sur les individus. Son expérience vécue dans le cadre de l'ouvrage *Steak Machine* (Le Guilcher, 2017) a

¹⁷ Le modafinil est un psychostimulant utilisé dans le traitement de la narcolepsie et de l'hypersomnie idiopathique (Vidal, s. d.).

contribué au développement d'un regard différent sur les concepts d'addiction. Ce regard est basé sur des sources qui seraient davantage liées aux sphères culturelles, familiales, intra-individuelles des individus. Le lieu de travail s'apparenterait donc plus à un lieu d'expression des addictions, et pourrait à moindre mesure participer au renforcement de celles-ci. Ces échanges ont également souligné la difficulté selon lui de développer la prévention autour de ce domaine, et ce dû à plusieurs raisons, telles que l'accès limité à l'information ou encore la présence d'un cadre normatif renforçant les tabous.

2. Mise en perspective

Les rencontres que nous avons eu la chance de réaliser ont été une réelle plus-value dans la réalisation de notre travail de recherche. Le travail d'analyse que nous proposons dans le cadre de cette première partie introductive nous a permis de remettre en perspective de ces entretiens afin d'en soulever les points essentiels.

Le fait d'avoir bénéficié de rencontres avec des professionnels de milieu très variés permet d'explorer des approches et postures différentes vis-à-vis de la prévention des usages de psychotropes. Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons conscience que les approches mobilisées ne traitent pas de notre sujet de recherche avec les mêmes objectifs ou méthodes. C'est notamment pour cette raison que nous les avons mobilisés dans une logique de développement personnel et réflexif. Les divergences et similarités observées via les différents échanges nous ont permis de concevoir une vision d'ensemble.

La notion « d'outil » est éminemment présente dans l'ensemble des échanges réalisés. Identifiée comme une fonction des consommations (fonction de maintien de l'état de santé pour travailler ou fonction d'échappatoire), un moyen de développer la prévention au sens pratique (RPIB, formation...) ou méta-analytique (l'outil peut être matérialisé sous la forme d'une posture, d'un angle d'approche), elle s'avère être incontournable au sein de notre thématique. Les positionnements établis lors des échanges sur cette notion sont quant à eux hétéroclites ou nuancés. Par exemple, M. Le Guilcher avait fait part de ses doutes concernant le postulat de Gladys Lutz concernant l'usage de psychotropes comme outil permettant le maintien d'un état de santé et de l'activité. Ce dernier considérait ce paradigme comme « réducteur » et « involontairement moraliste » en insistant sur le principe qu'on ne pouvait réduire

l'usage à cette fonction. M. Hache quant à lui adhère à cette logique de pensée bien même s'il insistait sur son fonctionnement limité dans le temps, dû aux effets psychologiques et physiques à long terme des consommations qui dégradent la santé des individus concernés.

A l'inverse, de nombreux points de convergence sont nés de notre analyse, et ce sur plusieurs aspects. En effet, l'ensemble des personnes interviewées s'accorde à exprimer la difficulté existante de travailler sur la thématique de l'usage de psychotropes en entreprise. Celle-ci semble naître de la complexité à appréhender les nombreux facteurs qui influencent leur prévention : sociaux, culturels, liés aux sphères personnelles et professionnelles... Il existe une réelle intrication des univers de vie qui implique que l'action en milieu de travail est forcément limitée au cadre dans lequel elle se réalise. Des contraintes sont également présentes et nombreuses : tabou, méconnaissances, refus d'agir, sentiment d'un manque d'outils, d'organisation... l'ensemble de ces éléments peuvent s'apparenter à de réels freins pour le développement de la prévention.

L'intégration de cette thématique dans un contexte de prévention globale et changeant rend également compliqué ses développements en termes de prise en charge. En effet, la prévention des conduites addictives en lien avec les conditions de travail n'est pas systématiquement placée comme axe prioritaire dans les services de santé au travail. De plus, le projet de réforme de la santé au travail initiée en 2018 suscite de nombreux débats chez les professionnels. Les mesures préconisées pour renforcer la prévention en santé au travail sont contestées par une partie du corps professionnel. Ces contestations sont principalement portées sur le partage du suivi des salariés là où le texte propose un suivi réalisé à la fois par le corps infirmier avec possible participation de médecins généralistes dans une optique de libérer plus de temps d'intervention en entreprise pour les médecins du travail.

Elles sont également orientées sur la volonté de mettre en place un « passeport prévention » afin de regrouper l'ensemble des formations, diplômes et qualifications auxquels un salarié aura pris part. Cette initiative aurait pour objectif d'éviter la redondance de participation à des formations et de faciliter la visibilité de l'expérience des travailleurs. Selon les opposants, ce projet tendrait particulièrement à déresponsabiliser les employeurs en cas de survenue de risque ou d'incident sur le

lieu de travail. En effet, la responsabilité liée à la survenue d'un risque en entreprise pourrait être orientée vers le salarié dès lors que l'on considérerait que ce dernier a été formé à la gestion d'un tel type de risque. Or, et nous l'avons vu dans les différents échanges, pour que les démarches de prévention puissent être efficaces et afin de faciliter l'investissement des acteurs du monde du travail, il est nécessaire que chaque acteur puisse se sentir responsable et impliqué en prévention, du corps salarial à la Direction.

L'amorce de ces changements, dans un contexte où l'intensification du travail semble de plus en plus importante, semble constituer une difficulté supplémentaire, au moins sur le court terme, pour développer et améliorer la prévention sur la thématique des conduites addictives en milieu de travail.

Concernant le rôle des acteurs de la santé au travail, l'ensemble des discours s'accorde sur l'importance de la pluridisciplinarité en service de santé. Mme. Pezé insistait notamment sur le respect du rôle de chacun et sur l'ouverture d'espaces de discussion entre les différentes fonctions. En effet, les différents constats évoquent un manque d'harmonisation des pratiques de chacun et un manque de formation provoquant dans certains cas une inaction sur des thématiques telles que la consommation de substances psychoactives. Le principe de reconnaissance de chaque fonction est également un aspect moteur non négligeable pour une prévention qualitative. Or, les résultats de notre enquête préliminaire semblaient montrer une forme d'opacité sur la connaissance des compétences de chaque corps de métier d'un service de santé au travail. Pourtant, les échanges réalisés établissent de façon consensuelle l'importance de la transparence des rôles de chacun, afin de proposer une prévention complète, pluridisciplinaire. On pourrait alors craindre que les projets de changements et de réformes contribuent malheureusement au renforcement de l'opacité existante entre les différents acteurs, notamment par l'inclusion de nouveaux acteurs tels que les médecins généralistes.

Un consensus existe également sur le fait que les consommations, usages, conduites addictives, dépendances, addictions... impliquent toujours l'histoire des individus. Conscientiser cet élément est primordial dans la mise en place d'une démarche de prévention globale. Enfin, toutes les approches que nous avons mobilisées dans le cadre de notre travail s'accordent à reconnaître l'existence d'un

lien entre l'intensification des conditions de travail et plus largement les facteurs d'un travail dégradé sur la consommation de produits psychotropes. Les enjeux de prévention semblent également se situer au niveau de cette reconnaissance du lien entre les deux objets.

Éléments de conclusion

Cette première phase de notre travail, que nous avons conduit dans un but de développement personnel de connaissance, nous a permis d'envisager un peu mieux la logique dans laquelle notre recherche-action pouvait se développer. Il est devenu clair à nos yeux que le développement des connaissances sur la thématique du lien entre travail et conduites addictives est un élément nécessaire et encore peu investigué en recherche, bien que ce sujet soit central dans le domaine de la santé au travail.

A travers nos réflexions, nous convenons que ce développement de connaissances doit être à la fois théorique et pratique. Théorique par la mise en place d'un recueil de données éventuellement soumis à des tests statistiques de vérification de significativité et pratique par le développement et l'expérimentation *in situ* d'une démarche de prévention.

Synthèse

La rencontre de professionnels dans une logique de construction de cadre et de ciblage des enjeux d'un travail de recherche est une opportunité que nous avons eu la possibilité de réaliser. L'ensemble des échanges que nous avons menés nous ont permis d'appréhender la complexité de notre thématique de recherche tout en en dégageant les enjeux. Il paraît nécessaire de pouvoir accompagner les acteurs de la santé au travail dans le développement la prévention des usages de substances en milieu de travail. Cet enjeu s'avère être encore plus important à l'aube d'une nouvelle réforme dont le contenu tend à faire évoluer leur pratique.

La clé principale de notre travail se trouve donc dans le développement théorico-pratique de connaissances, avec une logique d'application en milieu de travail. Dans ce cadre, la CIFRE semble offrir toutes ces possibilités.

PARTIE II

CADRE THÉORIQUE

INTRODUCTION

Les différents entretiens menés, ainsi que leur analyse, nous ont poussés à développer une vision plus large des enjeux liés à nos travaux de recherches. Nos premières expériences en tant que psychologue du travail intégré au sein d'un service de santé au travail interentreprises ayant déjà quelque peu conditionné notre rôle auprès du SMTVO, il est désormais nécessaire de mettre en lumière les différents objets de recherches sur lesquels se fonderont notre travail. Cette première esquisse de réflexion à grande échelle s'est avérée plus complexe qu'il n'y paraissait étant donné la multitude de notions théoriques mises en lumière par les différents entretiens menés jusqu'alors. Une première modélisation du cadre théorique (cf. Figure 1) de notre recherche a été réalisée au début de l'année 2018 suite aux observations tirées de notre première recherche (Fettah, 2017). Celle-ci montre que l'objet d'étude choisi implique fondamentalement un cadre théorique plurifactoriel :

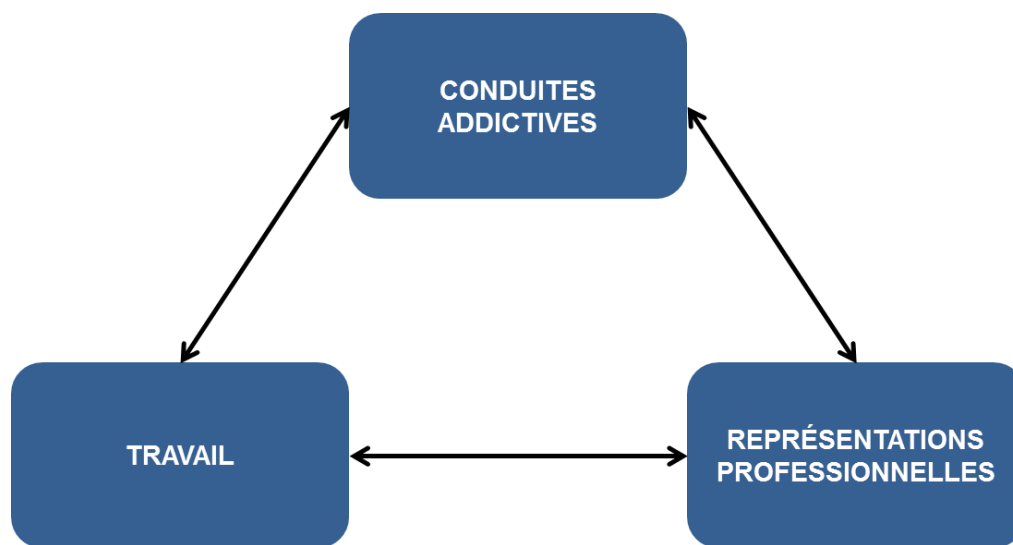


Figure 1 – Cadre théorique (première version)

Or, l'année 2019 – 2020 a été le théâtre de nouveaux questionnements théoriques concernant l'approche à adopter dans le cadre de ce travail de thèse. En effet, nos différentes lectures et échanges en tant que psychologue du travail et ergonomiste en Service de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) ou en tant que doctorant nous ont poussés à remettre en question notre positionnement théorique. Nos réflexions nous ont amené à considérer que les objets de recherche présentés au sein de la Figure 1 ne relataient pas assez explicitement la complexité dans

laquelle ce travail de recherche était inscrit. Par exemple, le champ de la santé au travail n'est pas représenté, bien qu'il ait été abordé en profondeur sous divers angles dans le cadre des entretiens que nous avons menés au préalable avec Marie Pez , Philippe Hache ou encore Gladys Lutz. Ainsi, ces réflexions ont abouti à la proposition d'un nouveau cadre théorique de notre travail. Ce dernier a pour principal objectif de cartographier de façon synthétique les différentes approches qui composent notre recherche.

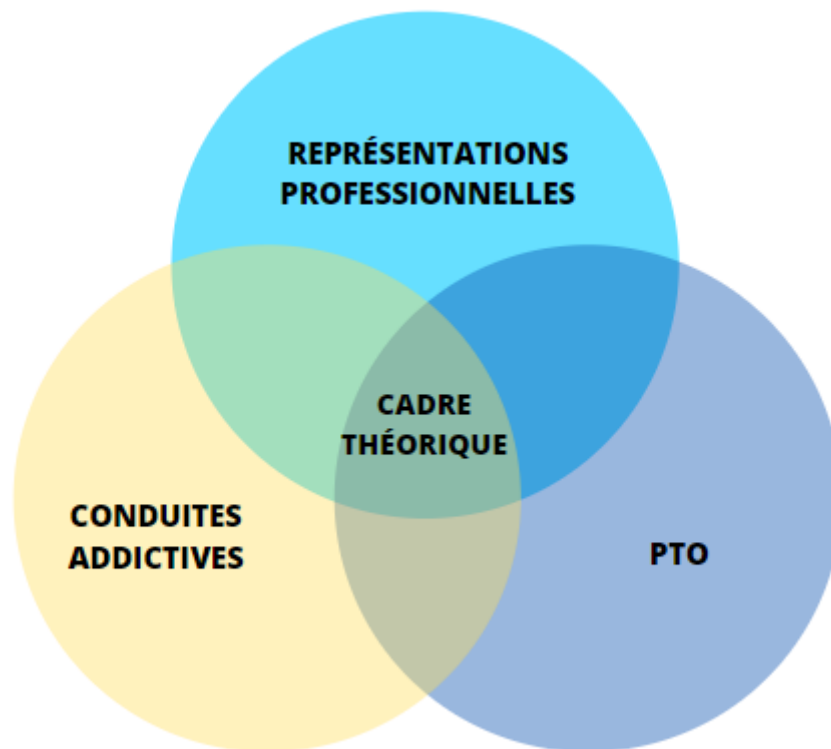


Figure 2 – Cadre théorique (nouvelle version)

Cette nouvelle disposition nous permet de développer une vision plus globale des objets de recherche qui composent notre étude. Notre doctorat s'inscrit dans le champ de la Psychologie du travail et des Organisations (PTO) mais ses développements théoriques et pratiques impliquent d'autres notions : l'activité de travail et la santé au travail.

Par le croisement de ces différentes sphères, nous avons fait émerger des notions qui constitueront les points d'accroche que nous retiendrons et que nous développerons tout au long de ce travail de revue théorique.

Ce premier apport, bref mais nécessaire, permet une meilleure représentation du cadre dans lequel s'inscrit notre travail de recherche. Ainsi, dans une logique de compréhension et d'appréhension globale de notre recherche, nous avons souhaité commencer par définir notre approche du « travail » et son influence sur le facteur humain sous l'angle de la santé (Chapitre I). Nous élaborerons également une réflexion autour de la question des « conduites addictives », de la consommation de substances psychoactives et de leur relation avec le monde du travail (Chapitre II). Enfin, nous aborderons les concepts de représentations sociales et professionnelles dans une logique d'appréhension du réel (Chapitre III).

I. CHAPITRE I – APPROCHE COMPRÉHENSIVE DU TRAVAIL, FACTEUR HUMAIN ET SANTÉ AU TRAVAIL

Ce premier chapitre a pour objectif de proposer une réflexion autour de la notion de travail, afin d'en saisir les aspects que nous retiendrons dans notre démarche. Cette réflexion sera complétée par une revue des différents courants d'approches existant en psychologie du travail et des organisations. Cette partie nous permettra de donner une clé de lecture que mobilise notre travail afin d'appréhender les relations existantes entre un individu et une situation de travail. Enfin, nous nous intéresserons aux liens existants entre individu et travail sous l'angle de la santé.

1. Approche de la notion de travail

Nous avons souvent eu tendance à rapprocher le terme « travail » du mot latin *tripalium*, désigné comme un instrument de torture constitué de trois pieux. Ce lien étymologique mène à l'idée selon laquelle le travail serait, intrinsèquement, une souffrance, voire un supplice. Or, les recherches en linguistique ont montré que le lien entre « travail » et « tripalium » a déjà été contesté par plusieurs chercheurs dont Émile Littré (1866, cité dans Delpont, 1984, p.101) et Michel Bréal (1897, cité dans Delpont, 1984, p.101). Leur travaux proposaient alors un autre mot racine auquel rattacher le « travail » : « *trabs* » signifiant « poutre », mais qui contextualisé pouvait être traduit par : « arbre élevé », « navire », « toit », « machine »... L'évolution du terme « *trabs* » en français moderne a donné le terme « entraver ». Les recherches d'Emile Littré montrent que la notion de souffrance, qu'on décèle dans beaucoup d'emplois du mot *travail* dès son apparition au XIIème siècle, exprimerait surtout ce que ressent l'animal quand on l'entrave (Littré, s. d.).

D'autres travaux en linguistiques proposent des hypothèses différentes sur les origines du mot « travail ». Par exemple, une étude des mots hispaniques médiévaux propose de rapprocher le terme « travailler » du préfixe latin *trans-* exprimant un principe de passage d'un état vers un autre (comme pour les mots « traverser », « tramontane »...) (Delpont, 1984). Ces recherches ouvrent des réflexions sur des significations du travail moins réductrices que le terme *tripalium*. Elles permettent également de questionner un peu plus largement les définitions et le sens que l'on donne à ce mot.

Aujourd'hui, le travail s'apparente à un terme usuel que chaque individu connaît et décline en fonction de contextes divers. Cet usage courant et pluriel du terme « travail » peut notamment s'expliquer par son appartenance à de nombreux champs sémantiques et conceptuels. En effet, les dictionnaires et sites de définitions tendent à donner entre dix et quinze définitions du mot : « travail » (quinze pour le Larousse, treize pour Le Robert). Il est alors intéressant de prendre du recul par rapport à cette notion afin de se demander si chercher une définition singulière de ce terme semble pertinent. Y'a-t-il une définition particulière qui laisserait penser que quelque chose de concret, factuel et palpable existe derrière mot ? S'entendre sur ce qu'est le travail est un débat de longue date (Friedman, 1960 ; Lallement, 2007 ; Méda, 2010, 2018) qui continue de questionner les chercheurs et scientifiques en sciences humaines et sociales. En effet, le travail désigne aussi bien l'employé de banque salarié, le livreur de pizza ayant un statut d'auto-entrepreneur, l'intérimaire travaillant dans le BTP (Bâtiment et Travaux Publics) ou encore le *streamer* de jeux vidéo sur les plateformes dédiées. Anne-Marie Dujarier, sociologue à l'université de Paris explique que : « Nommer par un seul mot une telle diversité de tâches, de statuts et de rapports sociaux signifie que l'on a créé un terme « parapluie », qui relie des réalités empiriques diverses sous une représentation abstraite » (Dujarier, 2019, p.823).

Si l'on s'intéresse aux premières définitions conceptuelles du terme : « travail », on aperçoit qu'elles apparaissent vers la fin du XVIIIème siècle et ce dans différentes disciplines telles que l'économie ou la philosophie. Cependant, les diverses définitions proposées par ces différents champs ont tendance à rentrer en contradiction : le travail peut être une source de souffrance, comme une source de satisfaction de ses besoins, ou un moyen de réalisation ; la production de biens est donc importante pour la préservation de l'espèce humaine. A tel point qu'aujourd'hui,

cela dépasse le cadre de la préservation de la santé à cause de la production d'éléments qui peuvent être nuisibles pour l'Homme. Dujarier (2019, p.823) conclut que cette pluralité de sens et de définitions donnés au travail est la preuve que ce dernier n'est pas un élément définissable de façon consensuelle, car c'est une convention qui n'existe pas comme une chose palpable et substantielle. A l'inverse, elle se manifeste concrètement à travers les usages et sens que nous lui donnons. Selon l'auteure de cet article, trois sens principaux peuvent être tirés des définitions du mot travail offertes dans les dictionnaires : une action, un produit, et un emploi. Cela nous mène à investiguer la question de ces différents sens.

1.1 Le travail comme action

Dans le langage moderne, le travail peut être décrit comme une :

« Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose » (Larousse, s.d).

Cette définition implique l'idée d'une maîtrise dans un cadre de transformation du monde. Mais à ce titre, nous pouvons alors également considérer le travail animal avec la charrue tirée par les bœufs, le travail réalisé par l'environnement (érosion des falaises par le vent et l'eau) ou même le travail de certains objets comme le bois qui « travaille ». Les physiciens utilisent d'ailleurs cette vision du terme « travail » pour expliquer la mécanique : « Le travail d'une force est l'énergie fournie par cette force lorsque son point d'application se déplace (l'objet subissant la force se déplace ou se déforme) » (Moatti, 2011, p.60).

C'est à partir du XXème siècle, avec l'apparition des disciplines spécialisées dans l'étude du travail pratiquée en ergonomie et notamment en psychologie du travail et des organisations, que l'on commence à concevoir cette : « action » dans le travail comme une notion dense, complexe et aux multiples enjeux. Les travaux de nombreux chercheurs, et notamment ceux d'Alain Wisner (1966 ; 1982 ; 1992) ont mis en lumière la question du besoin de connaître ce qu'un salarié comprend du travail qui lui est demandé. Ces travaux, remettant profondément en question la validité du système taylorien, ont abouti au développement de l'ergonomie francophone centrée sur l'activité et l'analyse du réel (Snelwar & Le Doaré, 2006, p.40). Grâce au militantisme de Wisner autour de la reconnaissance de l'intelligence du travailleur (Wisner, 1993, cité dans Snelwar & Le Doaré, 2006, p.40) et l'introduction des notions de « travail prescrit » et de « travail réel » dans le cadre de

travaux en ergonomie, il est alors devenu possible de noter un fait aux enjeux capitaux :

« Nous ne faisons jamais exactement ce qu'on nous dit de faire, même dans les contextes les plus directifs comme peut être l'être le travail à la chaîne » (Dujarier, 2019, p. 25).

Nous pourrions donc considérer que chaque individu menant une action mobilisant son intelligence corporelle, psychologique ou cognitive pour préserver sa santé (au sens large de subsister) et/ou produire un sens à une situation ; est un individu qui travaille. Cette situation implique des processus à la fois perceptibles (langages, gestes...) ou imperceptibles pour autrui (processus cognitifs) mais qui pour l'individu ont un sens : la réalisation d'une action.

L'action, située en milieu de travail ou non, dépend du sens construit par l'individu pour la rendre efficace. Au sens large, le fait d'agir nous conditionne en tant qu'être vivant. Mais est-ce que chaque action peut être travail, et inversement est-ce que le travail est toujours régi par une ou plusieurs actions ? Dans les logiques soulignées par plusieurs psychologues (Wallon, 1946 ; Meyerson, 1949 ; Hearnshaw, 1954) :

« L'élément ressenti d'une certaine contrainte est spécifique et différencie les activités de travail de celles qui leur sont extérieures » (Friedmann, 1960, p.688).

De ce fait, on note une distinction importante entre « travail » et « action » où le premier serait rattaché à la contrainte et le second à un principe de liberté. De ce point de vue, chaque action n'est donc pas forcément menée dans le cadre d'un travail. Cependant, Friedmann précise que le travail peut devenir action lorsqu'il est réalisé dans le cadre d'une discipline librement consentie par l'acteur. L'exemple du peintre peignant sa toile pour son propre plaisir évoque assez clairement ce cas de figure.

Néanmoins, dans les conceptions actuelles, l'action dans le cadre d'un travail est souvent soumise à des contraintes externes à l'individu qui la réalise : rythme de travail, respect des normes de qualité et de sécurité... Or, la présence de ces contraintes peut impacter la réalisation de l'action, voire même l'empêcher. Par ailleurs, les contraintes peuvent également être issues de processus internes tels

que des questionnements liés au sens du travail pour l'individu (Baitan & Rochat, 2019, p.106).

La résultante de cette situation peut être positive (adaptation, renforcement, développement de nouvelles compétences) ou négatives (dépréciation de soi, démotivation...) (Guimarães, 2012, p.24).

La complexité de la relation entre travail, action et cadre de réalisation est questionnante. En effet, le travail réel, réalisé par l'individu avec l'ensemble des mécanismes internes qui le poussent à agir, peut-il être générateur de sens et de santé ? Et ce même lorsqu'il est réalisé dans un milieu composé de contraintes diverses pouvant empêcher sa réalisation ?

1.2 Le travail comme produit

En philosophie, on accorde au travail plusieurs définitions dont :

« *Le travail est ce qui permet la transformation de la nature : l'homme produit des objets et transforme le monde autour de lui pour l'adapter à ses besoins* » (Dicophilo, s.d).

De ce point de vue, le travail représente ce qui est différent du loisir et du jeu, c'est ce qui permet de transformer le monde. Nous nuancions ce propos dans le sens où le loisir ou le jeu contribuent aussi d'une certaine manière à la transformation du monde car ils agissent sur les mécanismes sociaux, affectifs, sensori-moteurs ou encore intellectuels de l'Homme (Gaussot, 2002 p.40). Néanmoins, cette définition suppose que travailler n'est pas un objectif en soi. Il est subordonné à une fin extérieure comme la satisfaction des besoins. En ce sens, c'est parce que la question du besoin existe et que le réel oppose une résistance à sa satisfaction qu'il faut travailler. De cet angle de vue, l'Homme est donc contraint de travailler. Il est dit « productif », dans la mesure où il produit un résultat, un produit qui se distingue du travail comme action. Cette conception rejoint les propos tenus par Friedmann (1960).

Il est également possible de concevoir le travail comme étant le résultat de l'action que nous citons préalablement. A l'heure actuelle, ce produit fini issu de l'action peut revêtir plusieurs formes comme :

- Une forme matérielle comme la production d'une table ;

- Une forme de service comme un soin hospitalier ;
- Une forme intellectuelle comme un travail de recherche.

Ce qu'on entend alors par travail correspond à ce qu'Aristote a caractérisé comme la *poièsis* définie comme l'activité de fabriquer, de produire, de créer (Faes, 2011, p.28). Sous cet angle, le produit de l'action peut être évalué sur la base de divers critères : sens, utilité, beauté, durabilité... (Dujarier, 2019, p.826). Avec les révolutions industrielles, la différenciation des opérations et des fonctions, le travail se mue en production collective, les critères d'évaluation du produit ont été transposés à l'action de travail. On évalue aujourd'hui la façon dont est réalisée l'activité sous divers critères. L'activité de travail devient alors également produit, et ses exécutants également. Dans ses écrits, Marx expliquait que :

« Le travail ne produit pas que des marchandises, il se produit lui-même et produit l'ouvrier en tant que marchandise, et cela dans la mesure où il produit des marchandises en général » (Marx et al., 2021, p.1-3).

Cette logique, inscrite dans une vision anticapitaliste, permet de comprendre le sens multiple entendu lorsque l'on considère que la finalité du travail peut être « un produit ». Cela peut prendre le sens d'un produit réel, palpable, concret, au même titre qu'un produit social, organisationnel ou humain.

Ces conceptions questionnent largement le sens que l'on donne au travail. Le travail moderne, compris comme une activité humaine à part entière, peut avoir du sens pour l'individu qui l'assume et l'accomplit (Faes, 2011, p.27). Cependant, les conditions de réalisation de ce dernier ou l'organisation dans laquelle il s'inscrit ne permettent pas toujours au travailleur de trouver ce sens. Même si la vision du travail moderne se distingue du travail de l'esclave et de son asservissement au sein des pays développés, les contraintes organisationnelles, les dispositifs d'évaluation du travail comme produit, ou encore la division du travail peuvent entraver la découverte de son sens, même lorsque ce dernier est « produit » et « productif ». Par ailleurs, comme nous le citons au préalable, le travail revêt une multitude de sens qui sont perceptibles ou non, ce qui tend à rendre à complexifier davantage le sens que l'on peut lui donner.

1.3 Le travail comme emploi

Face aux évolutions de l'Humanité, le travail a enfin développé un troisième sens appartenant à la sphère économique et juridique : la notion d'emploi. Celle-ci épouse également la complexité du terme « travail ». Dans un article, Annie Fouquet, Directrice du centre d'études de l'emploi, (1995, p.17) définit ce dernier comme :

« Une situation qui relie un travailleur à une organisation par laquelle transitent des revenus et des garanties sociales » (Fouquet, 1995, p.17).

Dans le Larousse (s.d), le mot « emploi » est décliné en quatre définitions possibles dont deux sous-tendent la notion de travail : « Fait d'employer des personnes » et : « Travail rémunéré dans une administration, une entreprise, chez quelqu'un ». En sociologie, l'emploi est considéré comme :

« L'autre face de la notion de travail au sens économique du terme, activité humaine créatrice d'utilités transférables à autrui » (Vincens et al., 1994, p.332).

C'est notamment cette notion qui a inscrit la question du travail dans un système de tâches et de statuts sociaux divisés.

Toujours sur cet aspect complexe relatif à ces notions, l'emploi aura tendance à se confondre avec la notion : « d'emploi salarié ». Par « salarié », il faut entendre toutes les personnes qui travaillent, par le biais d'un contrat, pour une autre unité institutionnelle résidente en échange d'un salaire ou d'une rétribution équivalente. Or, un emploi non salarié peut exister dans la mesure où les travailleurs peuvent être rémunérés sous une autre forme qu'un salaire : des bénéficiaires agricoles (BA), des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou encore des bénéficiaires non commerciaux (BNC).

Il ira même jusqu'à se confondre dans l'opinion commune avec le mot travail. Ainsi, lorsque quelqu'un évoque le fait qu'il « n'y a plus de travail », le message sous-jacent est souvent le fait qu'il « n'y a pas assez d'emplois »... car le « travail », aux sens précédemment évoqués, existera toujours. La France compte actuellement trente millions d'actifs¹⁸ dont 64% d'entre eux sont salariés (Dujarier, 2019, p.827). Cette part dominante de l'emploi salarié soulève naturellement plusieurs questions dont le sens qui peut lui être attribué. Pour l'employeur, un emploi salarié peut représenter à la fois une marchandise, un produit impliquant un coût et une

¹⁸ Individus possédant un emploi

productivité. Or, pour le salarié, ce même objet représente une action, un travail impliquant divers enjeux (santé, rémunération, subsistance...). Il se manifeste alors comme un moyen nécessaire au maintien des conditions de vie de ses acteurs.

Éléments de conclusion

Le travail moderne peut se définir comme l'activité de ceux qui sont salariés privés et publics, mais aussi celle des dirigeants d'entreprise, des professions libérales, des militaires et bien d'autres statuts professionnels. Il n'a alors plus pour principale signification la peine ou l'effort, ou même la souffrance que l'on évoquait au préalable. Il a le sens de la fonction que l'on remplit dans le cadre d'une organisation sociale de l'activité, une organisation qui vise la production de quelque chose. Les travaux de Dominique Méda (2004 ; 2010) évoquent le travail comme :

« Une activité humaine consistant à mettre en forme une capacité ou un donné pour l'usage d'autrui, de manière indépendante (travail indépendant) ou sous la direction d'un autre (travail salarié) en échange d'une contrepartie monétaire » (2004, p. 30).

Cette définition fait écho aux propos que nous avons relatés préalablement en croisant les différentes formes du travail évoquées, tout en y incluant la valeur monétaire qui lui est concédée.

Notons également que les trois significations proposées ici coexistent, mais ne coïncident pas toujours. D'une part, le sentiment de travailler : c'est-à-dire de « faire quelque chose » impliquant des efforts pour produire des biens considérés comme utiles, durables, profitables et qui font sens, peut ne pas correspondre avec la définition institutionnelle du travail comme emploi. Sous cet angle de vue, les activités humaines qui s'identifient au travail sont nombreuses et ne peuvent pas toutes être référencées sous la notion d'emploi : les tâches domestiques, les interactions sociales au sens large, les loisirs... Il existe également des individus impliqués dans un emploi qui ne leur permet pas de maintenir leurs conditions de vie ou leur santé comme le travail précaire. Certains travaux réalisés dans le cadre d'un emploi vont même à l'encontre de celles-ci. D'autre part, le travail ne peut uniquement être réduit à l'une des trois significations proposées. Il est donc nécessaire de savoir considérer les différentes formes citées comme les faces d'un même dé.

Cette relation complexe entre travail, action et emploi étaye une logique ambiguë dont pourrait tirer profit l'institution du marché du travail dans notre société. En effet, confondre ces termes peut mener à une assimilation de la notion d'emploi comme indivisible du travail. Cette conception le rendrait donc incontestable, nécessaire, et vital (Dujarier, 2019, p.830)

Ces premières réflexions sur la notion de travail permettent de saisir la complexité qu'elle implique. Aboutir à une seule définition singulière paraît fastidieux, et le catégoriser sous différents sens comme nous venons de les aborder permet de comprendre un peu mieux sa constitution, sans pour autant en appréhender la totalité. Cette complexité que nous impose la variété lexicale du mot « travail » questionne depuis longtemps et questionne toujours les chercheurs de différentes disciplines. Ainsi, la nécessité de développer des approches compréhensives de cette notion a permis au XIX^{ème} siècle la naissance de la psychologie du travail et des organisations. Notre travail de recherche est profondément ancré dans cette discipline. Elle sera la clé de lecture de notre démarche d'appréhension du monde du travail.

2. La Psychologie du Travail et des Organisations comme clé de lecture du réel

2.1 Domaine d'analyse et d'intervention en PTO

En psychologie du travail et des organisations, l'objet d'étude principal est constitué des :

« *Conduites humaines de production d'un bien ou de mise en œuvre d'un service, développées dans le cadre d'une organisation marchande ou non marchande* » (Louche, 2018, p.11).

La discipline permet une approche des comportements humains sous-tendus par une production de biens ou services et ce dans un système complexe qu'il nous semble nécessaire d'investiguer. Le modèle proposé par Claude Louche dans l'ouvrage : *Introduction à la psychologie du travail et des organisations* (2018) propose une vision globale et complète des niveaux d'analyse et d'intervention de la discipline :

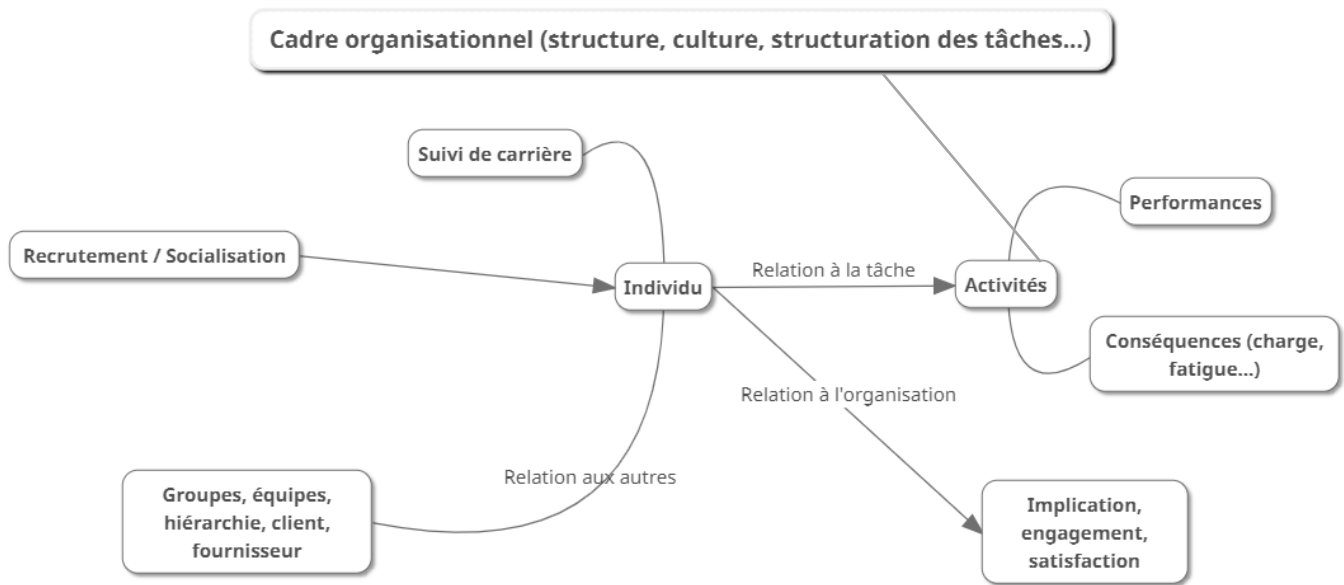


Figure 3 – Niveaux d'analyse et d'intervention de la Psychologie du Travail et des Organisations (Louche, 2018)

La PTO peut intervenir sur l'ensemble de ces niveaux de façon différente. Comme le démontre ce modèle, les activités professionnelles se développent dans un cadre organisationnel qui peut être défini par une structure (forme de l'organisation), mais également une culture composée des valeurs partagées ou non par les individus faisant partie de celle-ci. Ce premier ensemble peut faire l'objet d'un diagnostic afin de faire ressortir les possibles contraintes et dysfonctionnements centrés sur les aspects organisationnels.

Sur d'autres niveaux, la PTO propose des interventions centrées sur les individus et les organisations. En effet, le travailleur se retrouve au centre d'une multitude de facteurs endogènes à l'organisation du travail, mais dont les actions et effets peuvent se répercuter sur lui. Ainsi, il est possible d'intervenir à la fois sur les processus de recrutement et de socialisation par le biais de l'évaluation et de la formation des individus. Ces interventions peuvent être réalisées sous la forme d'une analyse des besoins, la conception de dispositifs de formation ou de recrutement, etc.

Les interventions en PTO peuvent également s'exercer autour des différentes relations qu'entretient le travailleur avec son organisation au sens large. Si l'on s'intéresse à la relation à la tâche, il est possible d'agir sur plusieurs pans des activités réalisées par les travailleurs : conditions de travail au sens physique,

conception de poste, investissement physique et mental, les risques professionnels et les accidents du travail. Concernant la relation à autrui dans le cadre du travail, la multiplicité des acteurs existants dans le cadre d'une activité donne la possibilité d'agir sur le fonctionnement des interactions et des relations intergroupes. Le travailleur développe également un lien avec l'organisation dont il fait partie. Cette relation se construit d'ailleurs dès son recrutement (Gave, 2013, p.70). Les nombreux facteurs socio-organisationnels que nous évoquerons dans ce travail vont contribuer à influencer son rapport au travail. A ce niveau, la PTO propose d'intervenir sur ces différents facteurs dans le cadre de diagnostics ou d'action de modification/réparation.

Enfin, la variabilité chronique du contexte dans lequel évoluent les organisations implique des mutations constantes pour rester productives (Lhuillier, 2021, p.23). Cependant, les changements peuvent être générateurs de risques et certaines décisions peuvent être à l'origine de conséquences parfois délétères. A ce niveau plus macroscopique, la PTO peut intervenir dans une logique d'accompagnement.

Afin de saisir toute la complexité que revêt la question du lien entre consommation de produits psychotropes et travail, il nous paraît nécessaire de s'intéresser plus profondément aux courants d'approche en PTO pour définir celui dans lequel s'inscrit notre travail. En effet, l'évolution de la discipline a fait naître de nombreux courants de pensée.

2.2 Approches des individus au travail en PTO

Depuis l'apparition de la sociologie et de la psychologie du travail et des organisations, plusieurs courants d'approche ont vu le jour. Mêlés aux grandes mutations du travail comme la révolution industrielle, le développement du travail à la chaîne... ces courants ont adopté des orientations différentes que l'on pourrait aujourd'hui regrouper sous deux grandes orientations : l'orientation mécaniste et l'orientation constructiviste.

La première a été introduite par les travaux de Frederick Winslow Taylor (1957) sur l'Organisation Scientifique du Travail (OST). Cette organisation se base sur le principe selon lequel qu'une méthode de réalisation de l'activité peut être optimale grâce à une étude scientifique (Taylor, 1957, p.47). Elle recommande une sélection des travailleurs sur la base d'une étude scientifique de leurs compétences

et préconise l'augmentation des salaires pour favoriser l'acceptation de la standardisation de l'activité. Les travaux de Taylor ne prennent cependant pas en compte les processus cognitifs ou affectifs des travailleurs et occultent complètement les dimensions collectives existantes au sein d'une activité de travail.

Plus tard, les travaux menés par Elton Mayo au début des années 1930 se sont intéressés à l'impact de certains facteurs organisationnels comme l'environnement de travail ou les horaires sur les aptitudes de production des salariés. Inspirés par les travaux de Taylor, cette nouvelle perspective de recherche a permis de mettre en avant l'importance des relations hiérarchiques et des besoins psychologiques des salariés. Ce courant sera celui des « relations humaines ». La célébrité de ses travaux est également due aux nombreuses critiques qui lui ont été attribuées, notamment sur la question de la validité des résultats ou de certaines prises de positions questionnables d'un point de vue éthique et déontologique. Le courant des relations humaines considère en effet que les résistances que peuvent émettre les travailleurs face à leur organisation sont d'ordre pathologique (Louche, 2018, p.35). Basé sur des fondements mécanistes avec une logique selon laquelle le comportement du salarié peut être déterminé en fonction des choix et attitudes de la hiérarchie, le courant des relations humaines a malgré tout permis l'enrichissement de la vision de l'homme au travail et le développement d'une nouvelle orientation dite constructiviste. Notamment portée par les auteurs en psychologie sociale et en sociologie, cette orientation est caractérisée par plusieurs mouvements et se détache d'une conception passive de l'individu. Sous l'angle de cette nouvelle approche, le travailleur est incarné par une logique de projets, de besoins, et d'objectifs qui lui sont propres.

Bien que notre travail soit principalement inscrit dans le domaine de la PTO, faire appel aux concepts développés en psychologie sociale pour évoquer la question des individus au travail nous semblait pertinent. En effet, les recherches dans ce domaine ont permis de mettre en lumière la façon dont un individu construit son rapport à l'environnement. Ce dernier utilise comme référence un alter (autrui) afin de construire sa réalité. Il donne donc du sens à cet environnement à partir de connaissances, de représentations qui sont construites dans sa relation à autrui (Blin, 1997, p.55). La psychologie sociale propose une étude des relations entre individus, groupes et institutions en reconnaissant l'existence de variables intra-

personnelles et interpersonnelles, ce qui constitue un tournant important dans l'étude de l'Homme en milieu de travail.

A ce titre, l'œuvre de Michel Crozier et d'Erhard Friedberg (1977) a marqué un tournant dans la sociologie française du travail. A l'origine de ce qu'on appellera : « l'analyse stratégique », les deux chercheurs émettent l'idée selon laquelle une organisation est un construit social qui existe et se transforme seulement si, d'une part elle peut s'appuyer sur des jeux permettant d'intégrer les stratégies de ses participants, et si d'autre part elle assure à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératifs (Crozier, 1977, p.18-31). L'action collective organisée au sein de la structure repose sur différentes règles (Martin, 2012, p.16) et les participants à l'organisation disposent toujours d'un degré de liberté qu'ils vont investir stratégiquement dans leurs relations à autrui (Louche, 2018, p.36).

Ces conceptions permettent aux auteurs de développer le concept de « stratégie » comme la : « recherche pragmatique d'une riposte dans une situation d'incertitude » (Martin, 2012, p.5). En ce sens, le travailleur poursuit une multitude d'objectifs qui sont soumis à des changements liés aux contraintes organisationnelles. Il développe une forme de rationalité limitée – dont l'origine trouve ses sources dans les travaux d'Herbert Simon (1957 ; 1978) – car il n'est pas capable d'appréhender tous les choix possibles et raisonne dans une logique séquentielle : étape par étape. Il évolue avec la présence d'une forme d'incertitude qui n'existe pas dans le monde extérieur, mais fait sens dans l'esprit de l'individu. Elle est donc éminemment subjective (Tran, 2018, p.54). C'est en partie cette incertitude qui pourra être à l'origine du développement des stratégies du travailleur. Mêlée à d'autres facteurs tels que les relations avec les personnes extérieures à l'organisation, la maîtrise des informations et des activités, le contrôle de la production etc., l'incertitude constitue également une source de pouvoirs qui peuvent être mobilisés dans une logique de négociation avec autrui. Tout cela s'inscrit dans une volonté d'atteindre un objectif qui semble satisfaisant pour le travailleur ou le collectif qui mobilise ces pouvoirs (Louche, 2018 p.36 ; Tran, 2018, p.54).

Si le concept de l'analyse stratégique a permis le développement d'une conception selon laquelle le travailleur est actif et évolue dans son organisation, la question des stratégies est explicitée uniquement dans le cadre d'un déploiement en

milieu de travail. Les auteurs n'ont pas investigué la question du lien avec les facteurs extraprofessionnels.

Les années 80 ont vu apparaître une nouvelle logique d'appréhension des individus en milieu de travail. Les travaux menés par plusieurs chercheurs, dont Jacques Curie de l'Université Jean-Jaurès de Toulouse, amèneront une nouvelle articulation entre les sphères professionnelle et extraprofessionnelle. Ce nouveau modèle conceptuel intitulé « système des activités » propose d'étudier ces deux sphères dans un système où leur relation s'influence mutuellement et où les comportements des individus sont interdépendants (Louche, 2018, p.37). Ce positionnement se distingue de celui des modèles évoqués ci-dessus, qui considèrent une forme de déterminisme unilatéral des individus en milieu de travail. Ici, l'activité de travail, quelle qu'elle soit, s'inscrit dans un système d'activités global dans lequel se jouent des régulations souvent imperceptibles (Cau-Bareille, 2016, p.6). Au lieu de prendre en compte la conduite du travailleur comme une réponse adaptée à une prescription, on conçoit le fonctionnement organisationnel comme le résultat d'une coaction d'acteurs possédant des logiques différentes. Cet aspect peut rendre la coopération conflictuelle et complexe. De ce fait, les aspects techniques et sociaux inclus dans ce fonctionnement sont l'objet de négociations permanentes entre les acteurs (Lanneau et al., 1987, p.359). Les travaux de Jacques Curie (2002) permettent une approche modélisée du concept de système d'activités.

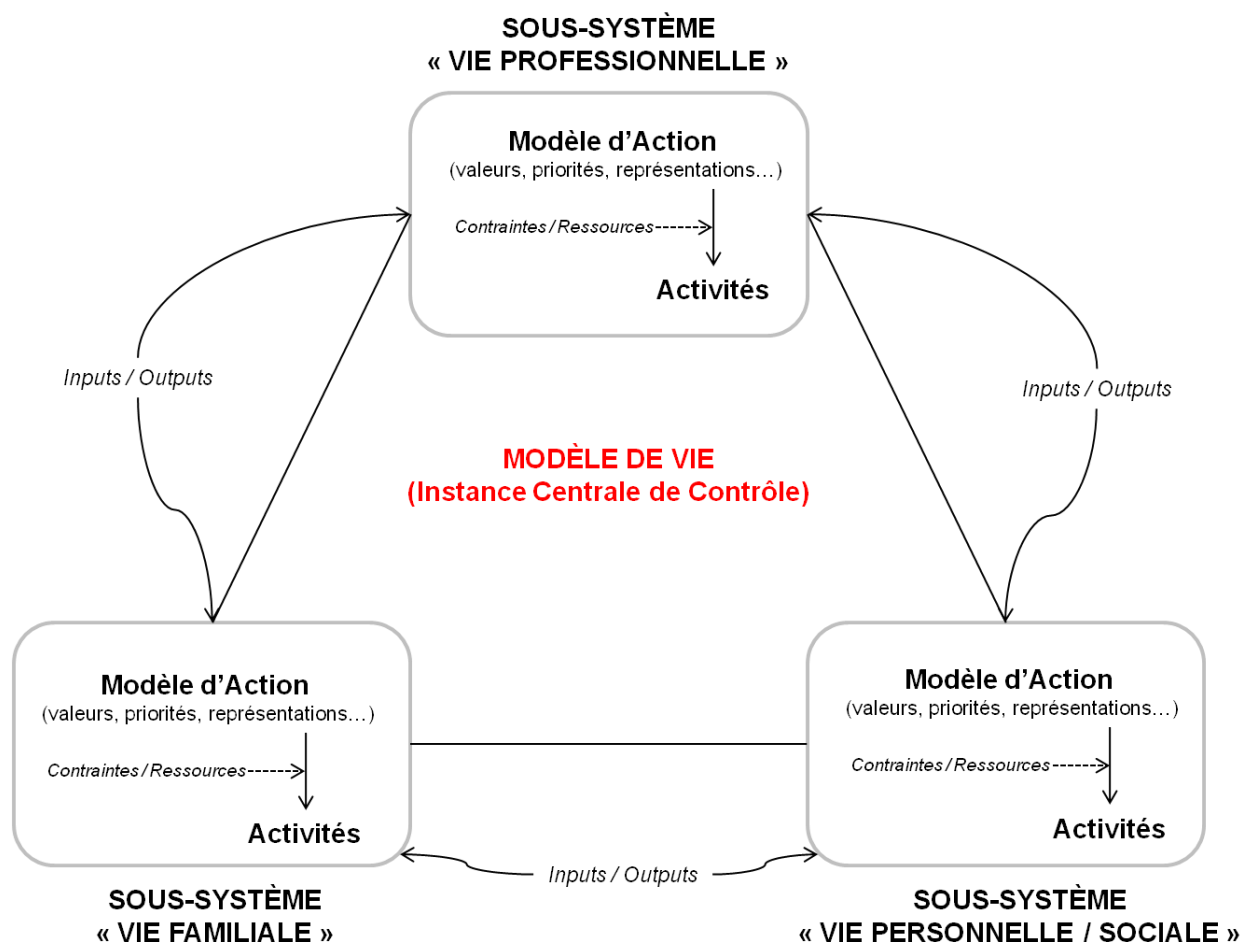


Figure 4 – Schématisation du modèle du système des activités (d’après Curie, 2002)

Ce modèle est composé de différents sous-systèmes constitués d’activités contrôlées par un modèle d’action, dans un milieu où ressources et contraintes sont en interaction. Il est important de noter que chaque sous-système est interdépendant des deux autres, car l’énergie déployée pour l’un d’entre eux n’est pas disponible pour les autres. Par ailleurs, les événements vécus au sein d’un sous-système peuvent influencer significativement les autres. C’est ce que Louche (2018, p.37) caractérise comme des « *inputs* » et des « *outputs* » :

« Les outputs d’un sous-système (par exemple, une prime exceptionnelle acquise au niveau du travail suite à un investissement professionnel lourd) constituent des inputs pour un autre sous-système (cet argent peut servir au niveau de la vie familiale en finançant des loisirs sortant de l’ordinaire) ».

Sur la base des travaux de Philippe Malrieu (1979), philosophe et psychologue français, Curie estime que l’individu va opérer une régulation de ses

comportements dans un des sous-systèmes en fonction de l'importance et des représentations qu'il accorde aux autres sous-systèmes (Curie, 2002, p.23).

Enfin, une instance centrale de contrôle intitulée : « Modèle de vie » est présente pour organiser les interactions entre les différents sous-systèmes. Elle possède trois fonctions particulières :

- Elle met en correspondance les modèles d'action de chaque sous-système en repérant accords et contradictions entre objectifs ;
- Elle sélectionne et hiérarchise les objectifs poursuivis dans chaque sous-système en fonction des valeurs que le sujet leur accorde ;
- Elle gère et coordonne les échanges d'activités entre sous-systèmes.

L'individu est donc un sujet actif. Il réalise: « *des efforts constants pour restructurer les systèmes d'attitudes et les cadres de référence qu'il a élaborés dans les pratiques* » (Guichard, 2000, p.2). Il développe des objectifs et des stratégies dans différents domaines. Il définit et gère lui-même ses priorités, qu'il met en œuvre dans un univers complexe et social.

Éléments de conclusion

Notre travail de recherche axé sur l'interaction entre consommation de substances psychotropes et conditions de travail implique au préalable une compréhension des logiques professionnelles et extraprofessionnelles dans lesquelles les travailleurs s'inscrivent. La mobilisation des quelques orientations présentées était une étape importante. En effet, en se positionnant sur une approche constructiviste des individus au travail, et notamment sur le modèle des systèmes d'activité, nous considérons que l'Homme est un être actif, porteur de sens, désirs, objectifs qui lui sont propres. Nous avons également compris qu'il évolue dans des systèmes professionnels et hors professionnels complexes, parfois contradictoires. Cette appréhension macroscopique était une étape nécessaire afin de pouvoir se focaliser sur une autre partie définie au sein du schéma de notre cadre théorique (cf. Figure 2) : l'activité de travail. De quoi est-elle constituée ? Quelle relation existe-t-il entre travailleur et activité ? Et mis en perspective au regard des modèles que nous venons d'explicitier, dans quelle logique globale s'inscrit cette relation Homme – Tâche ? S'il existe des liens d'influence entre travail et vie hors travail, comment

gère-t-il ces influences ? Nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse à ces réflexions.

3. Relation entre Homme, tâche et activité

L'analyse des liens entre Homme, tâche et activité est au cœur de la psychologie du travail et de l'ergonomie. Ces deux disciplines n'ont pas manqué de s'interroger sur l'objet même de l'analyse qu'est le travail. De nombreux auteurs se sont intéressés à la définition de ce dernier et notamment Ignace Meyerson (1949), psychologue du XXème siècle. Trois de ses textes ont été consacrés à la question du travail, qu'il définit notamment comme une « conduite ». Sous cet aspect, il considère que le travail peut être envisagé comme une fonction constituée d'un ensemble de conduites complexes, permettant de situer un Homme dans un instant T (Fernandez-Zoïla, 1985, p.83). Il souligne dans ses recherches l'insuffisance de ceux de Taylor en rappelant que :

« L'homme au travail n'est pas que la somme des mouvements et des temps partiels, et [que] l'homme n'est pas que l'homme au travail » (ibid).

Il développe à ce moment une réflexion sur la complexité que revêt la composition du travail, élément que nous avons déjà relevé en première partie de ce chapitre.

L'analyse du travail en psychologie du travail et des organisations est largement influencée par les réflexions établies au XXème siècle. D'ailleurs, Jacques Leplat souligne que l'analyse psychologique du travail n'est : « *qu'une des voies de l'analyse, elle-même à multiples facettes possibles* » (1993, p.117). Concernant notre travail de recherche, il nous semblait important de développer ces facettes en réalisant un point sur les déterminants, enjeux et modalités d'application de l'analyse de l'activité en PTO.

3.1 Enjeux de l'analyse du travail en PTO

Au regard des déterminants du travail inscrits dans notre société, l'analyse du travail semble effectivement être au cœur de nombreux enjeux. L'ouvrage de Dadoy et al. (1990) fait ressortir deux catégories d'enjeux particuliers.

3.1.1 Les enjeux économiques

Avec la révolution industrielle, la modernisation des appareils de production, d'automatisation et d'information des processus de production, l'analyse du travail

possède un rôle fondamental dans le repérage des procédures mises en œuvre par les opérateurs. Elle permet notamment une rationalisation et une formalisation des connaissances des individus permettant une élaboration des programmes et machines qui remplaceront leur travail. L'analyse du travail intervient également dans la mise au point de processus de travail afin de déterminer les besoins humains dans le repérage de profil de poste, dans la définition de politique de recrutement, mais aussi dans la conception de nouveaux postes de travail.

L'analyse du travail peut également intervenir dans une logique de stabilisation des process de production dans des contextes de transition technologique, de redéfinition des normes de production et d'analyse des dysfonctionnements. Cet axe d'intervention peut également se transposer au processus de travail dans un objectif de prévention des erreurs, d'aide au diagnostic pour une meilleure adaptation des machines aux individus, et inversement. Enfin, l'analyse du travail peut également se centrer sur l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des systèmes de production. Par la récupération du savoir opérationnel des travailleurs dans une logique de diffusion au niveau collectif, elle peut aider à l'harmonisation des pratiques et à l'amélioration de la coopération.

3.1.2 Les enjeux sociaux

Naturellement, l'analyse du travail comporte des enjeux sociaux considérables puisqu'elle permet une mise en réflexion des situations de travail. Celle-ci légitime le développement de mesures visant à réduire ou supprimer des risques présents dans une structure. Elle peut également justifier des interventions sur des procédés dysfonctionnels accroissant le sentiment de stress, d'attente ou d'anxiété des travailleurs et usagers. Selon les auteurs de l'ouvrage : « Les analyses du travail, enjeux et formes » (Dadoy et al., 1990), l'intégration de l'analyse du travail au sein d'une structure peut largement contribuer à l'amélioration des conditions de travail (*ibid*, p.17).

L'analyse du travail contribue à la valorisation de l'apport personnel de chacun dans une société en développant la visibilité et l'utilité des postes existants. Les auteurs précisent que même s'il est possible qu'elle amène une certaine forme de perturbation des relations de travail due à ses modalités d'application, elle contribue à une objectivation du travail réel face au travail prescrit, et donc une mise en lumière des connaissances théoriques et pratiques des travailleurs entre eux.

Si l'on sort du cadre d'une structure, l'analyse du travail possède également des enjeux au niveau sociétal. De par la rapidité des changements qu'impose la mondialisation, développer une meilleure connaissance des besoins des entreprises paraît nécessaire pour la formation des travailleurs. Ainsi, la formation des individus sans emploi nécessite des méthodes d'évaluation des compétences efficaces. L'analyse du travail peut également contribuer au développement de ces dernières par la production de connaissances sur les différents métiers, formations ou débouchés.

3.2 Tâche et activité, modalités incontournables de l'analyse du travail

La mise en lumière des notions de tâche et d'activité est issue d'un long processus de réflexion et de recherche. Les études en psychologie du travail ont rapidement distingué deux voies d'études spécifiques : « *celle des exigences et celle de l'activité qui répond à ces exigences* » (Leplat, 1993, p.118). Les travaux de différents chercheurs (Lahy, 1931 ; Lahy et Pacaud, 1948) ont peu à peu permis la distinction entre ces deux voies. Karnas (1987) évoque deux dimensions qui font partie intégrante de l'analyse psychologique du travail : le *devoir-faire* et le *faire*. Le *devoir-faire* est défini par ce qui est demandé aux exécutants. Le *faire* signifie la façon dont le travail est réalisé (Chabaud, 1990, p.174). Ce travail de distinction est donc à l'origine de l'analyse du travail et se rapproche de la double perspective abordée par Ombredane et Favergé dans leur ouvrage *L'analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité* (1955) :

« *Deux perspectives sont à distinguer dès le départ dans une analyse du travail : celle du quoi et celle du comment. Qu'est-ce qu'il y a à faire et comment les travailleurs que l'on considère le font-ils ? D'une part, la perspective des exigences de la tâche, et d'autre part, celle des attitudes et séquences opérationnelles par lesquelles les individus observés répondent réellement à ces exigences* » (Ombredane et Favergé, 1955, cité dans De Terssac, 1998, p.94).

Dans les travaux d'Erik Hollnagel (1989), cette distinction apparaît comme : « une description de la tâche » qu'il définit comme : « *une description catégorielle ou logique des buts du comportement* » et « *une définition des exigences psychologiques rencontrées par la personne au cours de l'exécution de la tâche* » (p.3).

A l'heure actuelle, l'analyse du travail peut être présentée en trois grandes modalités selon les propos de Jacques Leplat (1993, p.119) : un Sujet, une Activité, et une Tâche. Si l'on s'intéresse à la notion de tâche, l'on peut remarquer qu'elle a fait l'objet de nombreux développements théoriques ou méthodologiques, comme la définition précitée par Hollnagel (1989). Mais certaines conceptions s'accordent à donner à la tâche d'autres traits caractéristiques. Par exemple, Leplat (2004) la définit comme :

« *Le but à atteindre et les conditions dans lesquelles il doit être atteint* » (p.102).

Elle peut être à la fois rattachée aux caractéristiques du poste observé, mais également comprendre l'ensemble des facteurs pouvant influencer l'activité à différents degrés comme l'environnement social ou physique. Jean-Claude Sperandio définit cette dernière comme :

« *un ensemble de conditions d'exécution d'un travail donné, pour un objectif donné et selon un ensemble donné, d'exigences* » (cité dans Dadoy et al., 1990, p.176).

Maurice de Montmollin préférera une définition plus englobante et précise de la tâche qu'il définit comme :

« *Ce qui se présente au travailleur comme une donnée : la machine elle-même et son fonctionnement, l'environnement physique du poste de travail, les instructions auxquelles l'opérateur est censé se conformer (l'organisation formelle de son travail et bien entendu [...] les objectifs [...])* ». (Montmollin, 1986, cité dans Dadoy et al., 1990, p.176).

Ces trois définitions mettent en commun l'aspect prescriptif de la tâche. Cette prescription est toujours qualifiée comme étant extérieure à l'individu. Elle repose sur deux modèles : celui du comportement d'un processus et d'une commande et celui des utilisateurs. Ces deux modèles supposent une homogénéité afin d'atteindre l'objectif visé. La prescription est également constituée de commandes exactes à exécuter. Cela signifie que les règles sont strictement définies et applicables dans le cadre des conditions pour lesquelles elles sont définies. Enfin, la prescription est définie par une entité qui contrôle l'exécution du travail et qui désigne un groupe chargé de cette exécution. Dans cette conception, la tâche est donc bien *prescrite*.

Cependant, la prescription de la tâche peut être incomplète pour des raisons diverses. Dans cette situation, sa mise en œuvre nécessite le développement d'une procédure en plus de l'exécution réelle. Dans le langage courant, le concept de tâche intègre ce qui correspond à cette construction. Une mise en œuvre similaire peut nécessiter des activités de développement plus courtes ou plus difficiles en fonction des individus qui la réalisent (Leplat et Hoc, 1983, p.54) et donc avoir un impact sur la réalisation de l'activité.

Selon Leplat (2004, p. 102), l'activité est : « *ce qui est mis en œuvre par le sujet pour exécuter la tâche* ». Elle est également : « *finalisée par le but que se fixe le sujet à partir du but défini par la tâche* » (Leplat et Hoc, 1983, p.54). Même si le concept d'activité proposé ici par Leplat sera remis en question par d'autres recherches, il est nécessaire de comprendre ces premières réflexions sur le sujet, afin d'appréhender la façon dont est conçue l'analyse du travail. En effet, cette analyse passe notamment par la définition de la tâche, de l'activité mais également par la façon dont ces deux éléments s'articulent. De ce constat, de nombreux articles ont essayé d'en expliciter les relations (Hackman, 1969 ; Hoc, 1980 ; Leplat et Cuny, 1984). L'analyse de l'activité nécessite la connaissance et la compréhension de la tâche prescrite. Par exemple, il paraîtrait extrêmement complexe de comprendre l'activité d'un joueur de football professionnel si l'on ignore les règles du football. Or, il est parfois possible que l'activité ne réponde pas systématiquement aux prescriptions de la tâche et ce pour plusieurs raisons :

- L'objectif du sujet peut être en décalage avec le but qui lui est prescrit (Leplat et Bisseret, 1965, cité dans Leplat et Hoc, 1983, p.55) ;
- L'individu réalisant la tâche peut être à l'origine de changements non prévus dans le cadre de la prescription de la tâche avec l'utilisation de modes opératoires différents (Weinberg et Schulman, 1974 ; Sperandio, 1977, cité dans Leplat et Hoc, 1983, p.55).

Ces observations ont concouru à l'apparition d'une distinction entre la tâche *prescrite* et la tâche *effective* pour désigner la tâche réellement mise en œuvre. En cela, elle peut être conçue comme : « *un modèle intériorisé ou extériorisé de l'activité* » (Leplat, 2004, p.102). Elle peut être élaborée comme un ajustement progressif du sujet à l'activité.

Pour illustrer l'articulation de ces différents éléments, un modèle de l'analyse de l'activité a été proposé par Leplat (1997).

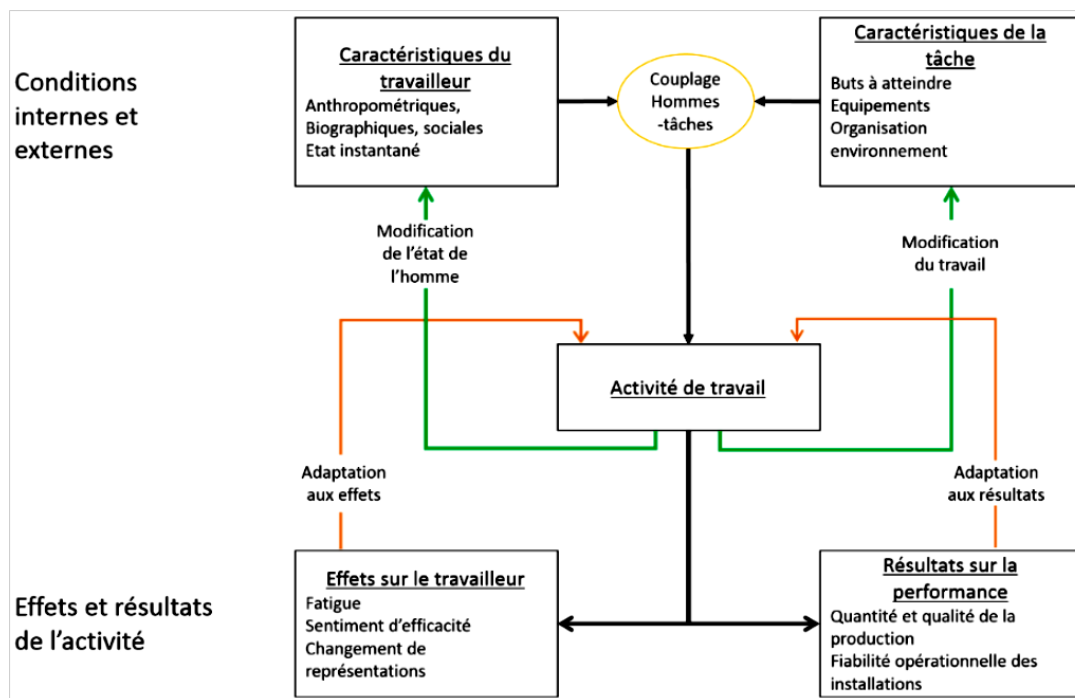


Figure 5 – Schéma à Cinq Carrés adapté de Leplat et Cuny (1977), Christol et de Terssac, Guérin et al. (2006)

Ici, l'activité dépend de deux conditions : la condition interne représentée par *l'agent* et la condition externe incarnée par *la tâche*. L'agent peut être caractérisé par les différents facteurs qui lui sont propres et impliqués dans la réalisation de la tâche. Ils sont plus ou moins stables, plus ou moins acquis et contextuels. Ils regroupent des variables liées à l'âge, au statut, à l'expérience, à la motivation, aux handicaps, aux connaissances, méta-connaissances, etc. Les éléments de la vie « hors travail » (inter-signification des systèmes d'activité ou investissement d'un système d'activité hors travail) sont également des variables à prendre en compte (Veyrac & Bouillier-Oudot, 2011, p. 220).

La condition externe se compose de différents éléments :

- L'environnement physique (acoustique, thermique, lumineux...) ;
- L'aménagement de l'espace de réalisation de la tâche ;
- L'environnement organisationnel (répartition du travail, organisation du temps de travail, etc.) ;

- L'environnement informationnel, environnement social et contexte institutionnel.

Dans l'activité, les deux conditions se mettent en situation de « couplage » :

« Tâche et agent sont à envisager conjointement par les caractéristiques de leur couplage. Les conséquences de l'activité agissent rétroactivement sur elle en fonction notamment de leur adéquation aux objectifs poursuivis par l'agent et fixés par la tâche » (Leplat, 2000, p.11, cité dans Louche, 2018, p.189).

Ce modèle a pour objectif de mettre en lumière les liens entre :

« Les conditions de travail, la conduite de l'opérateur, et les effets de cette conduite sur l'Homme d'une part, sur le système d'autre part » (Van Belleghem, 2017, p.2).

Ce dernier constitue actuellement une référence dans la mesure où il propose une mise en relation du Travail et de ses déterminants en incluant la notion de conséquences sur l'opérateur et l'entreprise. Repris et modifié par Guérin et al. (2006), le schéma insiste sur la notion de « déterminants », notamment ceux de l'opérateur, et de l'entreprise et sur la : *« correspondance des effets de l'activité sur l'entreprise (en termes de performance) avec ceux sur le travailleur (en termes de santé-subjectivité) »* (Van Belleghem, 2017, p.3). Cet élément constitue d'ailleurs un aspect important dans le cadre de notre recherche que nous aurons l'occasion d'évoquer plus tard.

Ce schéma suggère que par ce couplage « homme-tâche », l'ensemble des parties devient dépendant :

« Le caractère positif de l'un est systématiquement lié au caractère positif de l'autre » (ibid).

Or, si cette logique existe, il en est de même pour l'effet inverse : des effets négatifs d'une activité généreront des effets négatifs sur l'Homme. On parle alors d'effets de « divergence » (négatifs) et de « convergence » (positifs) (Van Belleghem, 2017, p.7).

Cette définition de l'activité sera reprise et enrichie par d'autres auteurs. Yves Clot évoquera par exemple une conception selon laquelle la tâche est réalisée par l'activité (Clot, 1999, p.212). Selon ses propos, il est important de considérer que :

« *L'activité n'est pas limitée à ce qui se fait. Ce qui n'est pas fait, ce que l'on voudrait faire, ce qu'il faudrait faire, ce que l'on aurait pu faire, ce qui est à refaire et même ce que l'on fait sans vouloir le faire est accueilli dans l'analyse de l'activité en éclairant ses conflits. (...) Les activités empêchées, suspendues, différées, anticipées ou encore inhibées forment avec les activités réalisées, une unité dysharmonique* » (Clot, 2000, p. 35).

Par ces éléments, l'on comprend que les situations de travail, par définition, ne sont pas stables et que l'atteinte des objectifs du travailleur est notamment liée à sa capacité à se détacher d'une application *stricto sensu* de procédures. Philippe Davezies insiste sur cet aspect en indiquant que le travail mobilise les individus pour répondre à ce qui n'est pas défini dans la prescription. C'est ce qu'il nomme comme : « l'intelligence du travail » (Davezies, 1993, p.5). Cette forme d'intelligence impliquant un savoir pratique, situé dans l'action, permet de résoudre les problèmes dans une logique d'atteinte des objectifs fixés par la prescription.

« *L'intelligence du travail, c'est l'intelligence de ce qui n'est pas maîtrisé (...)* » (1993, p.6).

Ainsi, l'activité peut être perçue comme le résultat d'une dualité entre ce qui est prédit grâce à des schémas de fonctionnement généraux ou des connaissances théoriques, et la singularité des situations qui n'ont pas été anticipées. Ces situations doivent être prises en compte dans la réalisation de l'activité, et ce sont les travailleurs qui gèrent ce dépassement des procédures. Ce sont eux qui traitent le réel (Poley, s.d). C'est notamment via cet investissement dans le réel en trouvant des alternatives, en dépassant les cadres procéduriers, qu'ils deviennent des éléments incontournables de la fiabilité et de la durabilité du système.

3.3 Traiter le réel via la régulation

Travailler consiste à agir dans un environnement en perpétuel changement. Le cadre des actions qu'il mène n'étant par définition pas stable, il est nécessaire que l'individu s'adapte aux variabilités des situations extérieures, mais aussi de son état interne. Cette logique implique donc inévitablement une forme de contrôle chez les travailleurs. Cette dernière s'exerce à la fois au niveau de l'activité réalisée, mais également au niveau de ses buts. C'est grâce à ce contrôle que le travailleur peut modifier son activité en cas de constat d'un éventuel écart entre les résultats demandés et ceux obtenus.

Le concept d'activité présenté précédemment nous a permis de comprendre qu'une action peut avoir des buts et des motifs multiples. De ce fait, aucun de ces buts ne peut être atteint de la façon la plus optimale, un compromis doit être adopté (Leplat, 2000, p.6). A ce titre, ce même auteur considère deux types de coordination des régulations : celles centrées sur la tâche et celles centrées sur le sujet.

La coordination des régulations centrée sur la tâche est présente dans les situations où des prescriptions ambiguës existent. Le paradoxe : « faire vite et bien » illustre de façon représentative les situations où des régulations doivent être réalisées par les acteurs du travail. Le paradoxe réside dans la contradiction qu'oppose cette consigne :

« En allant plus vite, on fait davantage d'erreurs, et pour éviter les erreurs, on doit aller plus lentement. Les deux objectifs donnés à la tâche ne peuvent donc être atteints simultanément. Pour que celle-ci soit bien définie, il faut apporter d'autres précisions à la tâche en fixant, notamment, le coût des erreurs » (Leplat, 2000, p.12).

Dans ces situations, l'opérateur s'incarne en système de régulation (Sperandio, 1972, p.88) et à défaut de prescription explicite, il favorise ses critères internes de façon implicite. Les changements des modes opératoires réalisés par l'opérateur sont effectués dans des espaces de tolérance du système. Cette notion est importante et renvoie à celle de marge de manœuvre, terme fortement utilisé en ergonomie de l'activité. En effet, ces marges de manœuvre représentent cette tolérance du système à permettre les modifications des modes opératoires. Dans cette discipline, le concept de régulation désigne :

« La (re)construction permanente des modes opératoires, qui intègre ces différents aspects. Les informations d'entrée de cette régulation sont les objectifs à atteindre, les résultats obtenus, les ressources disponibles, et l'état interne du sujet. La « sortie » de la régulation est les modes opératoires (ou les manières de faire, de s'organiser) qui sont adoptés et qui débouchent à leur tour sur les résultats et les effets évoqués précédemment » (Coutarel et al., 2015, p.11).

Les auteurs insistent sur le fait que cette régulation possède trois modes de fonctionnement en fonction de la contrainte des situations à laquelle l'opérateur peut être confronté :

- Le premier mode de régulation s'exerce dans une situation peu contraignante où les travailleurs ont la possibilité de jouer sur les objectifs et sur les moyens disponibles. Ce qui leur permet d'atteindre la performance à un coût humain acceptable. C'est dans ces situations que se situent les possibilités de développement pour l'individu ;
- Le second mode de régulation est établi dans une situation où l'on note un accroissement des exigences et/ou la diminution des ressources où le salarié est confronté à deux alternatives :
 1. Ignorer les alertes sur son état interne et prendre sur lui. Les performances de l'entreprise sont alors préservées et peuvent rester satisfaisantes au détriment de l'état interne qui peut s'en retrouver impacté. On parle alors de : « coût humain défavorable » (Coutarel et al., 2015, p.12) ;
 2. Il peut également ignorer les alertes relatives à la performance. Dans ce cas de figure, c'est son état interne qui reste préservé par la mise en œuvre du mode opératoire qui lui est prescrit. Cependant, l'opérateur reste conscient que cette décision est inadaptée à la situation singulière. Cette situation peut alors être défavorable pour l'organisation et potentiellement pour le sens du travail de l'agent dont l'estime de soi peut être pénalisée.
- Le dernier mode de régulation implique une situation de débordement, où malgré le choix de l'opérateur de prendre sur lui, l'atteinte des objectifs fixés reste impossible.

Le fait que les régulations de l'activité de travail relèvent de l'un ou de l'autre de ces trois modes dépend évidemment de la relation entre les objectifs à atteindre et les ressources disponibles. Or, contrairement à l'hypothèse la plus répandue dans les organisations, les objectifs et les ressources ne sont pas stables. La situation de travail change, du fait de variations des matières premières, des demandes des clients, des outils, de l'état de l'amont et de l'aval, de la disponibilité des collègues, etc.

Concernant les régulations centrées sur le sujet, la problématique reste la même : tous les motifs (maintenir sa santé, avoir de bonnes relations de travail, améliorer ses compétences, etc.) ne pourront être simultanément satisfaits de manière optimale. L'adoption de compromis est donc une nouvelle fois nécessaire.

Ainsi, dans le cadre de leur travail, il est important de retenir que les travailleurs doivent accomplir des tâches qui leur sont fixées par l'entreprise dans un environnement dynamique et vivant. La réalisation de ces tâches implique plusieurs buts : l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés mais aussi la préservation de leur santé.

Nous l'avons vu, les contraintes auxquelles un travailleur peut être confronté vont conditionner ses modes de régulation. Plus les contraintes sont fortes, moins ce dernier pourra user d'un mode opératoire en restant dans les espaces de tolérance du système que nous évoquions précédemment. Cependant, il est important de noter le fait que les compromis que font les acteurs du travail impliquent forcément une part de renonciation. Les conséquences sur la santé ne sont donc pas uniquement liées à ce que l'on fait, mais aussi à ce que l'on ne parvient pas à réaliser (Clot, 2000, p.35). Il existe donc bien des liens entre santé, activité et performance.

Éléments de conclusion

Par la partielle mise en lumière des différents courants qui composent la psychologie du travail et des organisations s'intéressant aux questions du travail, nous avons pu prendre conscience que cette discipline s'est bâtie via le travail, pour le travail et ses acteurs. Les différents courants évoqués ont permis d'aborder, sous des angles variés, un élément qui constitue leur dénominateur commun : l'activité de travail. Ces approches proposent des enjeux de l'activité multiples, à la fois économiques et sociaux.

Les différents modèles et travaux de recherche présentés nous ont notamment permis de souligner une forme de double perméabilité. La première se situe entre les tâches réalisées dans le cadre d'une activité de travail et les travailleurs. Cette perméabilité s'articule notamment via les systèmes de régulation que sont capables de mettre en œuvre les acteurs du travail pour remédier à une situation problématique. Nous avons également pu comprendre qu'il existe des impacts (positifs et négatifs) de ces situations en fonction de leur niveau de contrainte. Les situations dont le niveau de contrainte est élevé, où l'activité peut être

fort sollicitante pour les acteurs, peuvent créer des conditions de travail dites : « dégradées » avec des conséquences délétères pour la santé. La seconde perméabilité observée se situe au niveau des situations de travail et hors travail. En effet, les travaux de Curie (2002) sur le courant des systèmes d'activité montrent par exemple que les activités hors travail prennent en charge une partie des buts, des ressources et des effets du travail.

Notre travail s'inscrit dans cette approche systémique de l'activité et cette logique constructiviste du lien entre acteurs, situation et effets rétroactifs. En effet, le travailleur « prend soin » du réel et des situations de travail grâce aux prescriptions qui lui sont fournies, mais aussi via les régulations qu'il est capable de mettre en œuvre. Il est donc légitime de se questionner sur la situation inverse : est-ce que le réel prend également soin du travailleur ? Et si oui dans quelles mesures ? Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements, il nous paraît important d'explorer le champ de la santé, et notamment de la santé au travail.

4. La santé sous le prisme du travail

Comme nous l'avons déjà évoqué, notre travail de recherche prend racine dans la discipline de la psychologie du travail et des organisations, et met en relation plusieurs champs d'études (cf. Figure 2). Dans une logique de compréhension que nous avons souhaité initier dès les fondements de nos travaux, il était naturel d'aborder la thématique de la santé inscrite dans le champ du travail.

A l'image du Travail, la question de la santé est tout aussi complexe à appréhender. Ambigu et ambivalent, c'est un domaine qui fait appel à des champs disciplinaires transversaux et dont les définitions et objectifs sont multiples.

L'Organisation Mondiale du Travail propose une définition de la santé au sein de sa constitution comme :

« Un état de complet de bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948).

Elle représente *« l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».*

On considère alors qu'elle est un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population).

Cette appréhension globale de la santé se développe depuis la seconde moitié du XIXème siècle et dépasse le modèle médical, qui se définit uniquement en opposition à la maladie dite organique, diagnostiquée et traitée par des professionnels. Car aujourd'hui la santé se limite-t-elle à la simple absence de maladie ? A l'heure actuelle, les avancées scientifiques dans le domaine des sciences humaines et sociales et de la médecine ont permis le développement d'une approche plus globale du sujet en intégrant les dimensions socio-économiques et environnementales dans la compréhension de l'état de santé d'un individu et d'une population. En France, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) se base sur une catégorisation des déterminants de la santé en trois aspects (HCSP, 2017, p.25 - 92) :

- Le système de soins et de prévention médicalisée ;
- Les déterminants socio-économiques tels que l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales... ;
- Les Comportements de santé : consommation de substances psychotropes, la nutrition, le sommeil...

Il est important de noter que les approches de la santé diffèrent en fonction des pays et des cultures. A titre d'exemple, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec adopte une vision plus englobante de ce que représente la santé. En témoigne la figure suivante :

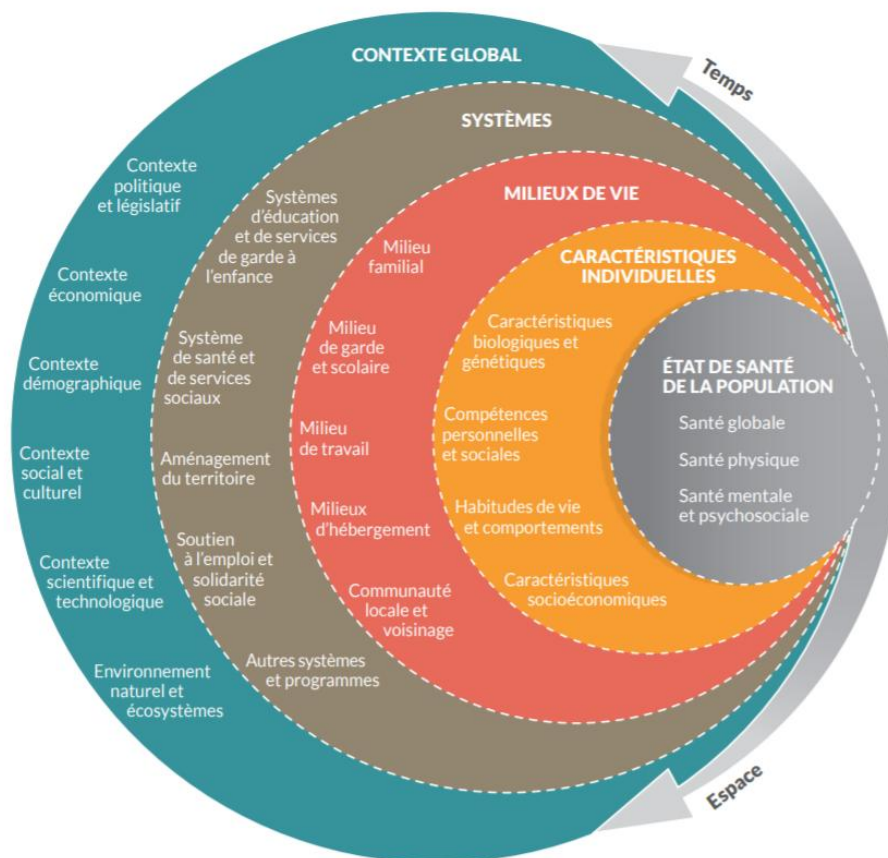


Figure 6 – Les composantes de la carte de la santé et de ses déterminants (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012, p.7)

Dans cette conception, la santé et ses déterminants sont envisagés en quatre champs déployés autour de l'état de santé de la population, élément central auquel ils contribuent :

- Les caractéristiques individuelles ;
- Les milieux de vie ;
- Les systèmes ;
- Le contexte global.

Au sein de ce modèle, le poids relatif de chaque déterminant dépend de l'aspect de l'état de santé analysé et du contexte. Si la nature des déterminants peut être aisément connue, la diversité de leurs relations est beaucoup plus complexe. Notre travail de recherche étant profondément ancré dans la sphère des sciences humaines et sociales, il nous semblait pertinent de proposer une approche de cette thématique sous l'angle psychosocial.

4.1 Approche de la santé en France

Les études menées en psychologie sociale (Morin, 2006, p.37) ont permis d'appréhender la notion de santé sous quatre angles différents :

- Une promotion de changements positifs ;
- Une conduite dans le contexte du principe de précaution ;
- Un phénomène collectif relevant de l'opinion publique ;
- Un objet construit d'une pensée sociale ;

Ces deux derniers angles d'approche constituent un intérêt particulier dans notre travail de recherche.

4.1.1 Un phénomène collectif relevant de l'opinion publique

L'évolution des moyens, techniques d'intervention et connaissances en médecine curative a provoqué l'intrication de la médecine et du sens donné à la santé avec d'autres disciplines comme la politique ou l'éducation (Pierret, 2008, p.49). Ces changements et évolutions concourent à la construction de la santé comme un bien social à la fois collectif et individuel :

« La santé est alors considérée comme un patrimoine collectif qu'il faut protéger et accroître en diversifiant les actions et un devoir de chacun vis-à-vis de lui-même et de la société » (Pierret, 2008, p.50).

Les sondages et les enquêtes définissent désormais : *« des manifestations de changements dans l'appréhension et l'évaluation des objets qui comptent au quotidien »* (Morin, 2006, p.37). L'apparition d'outils tels que les « baromètres de santé » permettent de mesurer les variations de représentations entre un groupe social et un objet donné. La santé étant aujourd'hui un enjeu important, observable et mesurable, la consultation des collectifs est devenue un outil d'observation de la santé en France. En témoignent les différentes enquêtes de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques qui se sont intéressées à la perception des français de leur état de santé (DREES, 2005, 2017).

Ces enquêtes permettent également de percevoir qu'une forme de consensus s'articule de plus en plus autour des comportements du quotidien qui contribuent au maintien de l'état de santé. Ainsi, à la question : « comment rester en bonne santé ? », le rapport de la DREES (2005) indique les résultats suivants :

- Ne pas fumer : 73 % ;
- Ne pas boire : 61 % ;
- Surveiller son alimentation : 56 % ;
- Faire du sport : 44 % ;
- Ne pas avoir de problèmes professionnels : 44 % ;
- Ne pas avoir de problèmes familiaux : 44 % ;
- Se faire suivre régulièrement par son médecin : 28 %.

Ces résultats, basés sur un échantillon de 4000 personnes nous montrent que la santé se traduit en positionnement de satisfaction et en logique préventive basée sur l'hygiène de vie. Il est notamment intéressant de remarquer ici que les logiques de santé infèrent particulièrement la non consommation de substances psychoactives à caractère addictogène. Cet aspect enrichit notre réflexion sur la question de la perception de la santé, qui peut être envisagée comme un objet émanant d'une pensée sociale.

4.1.2 La santé comme objet construit d'une pensée sociale

La santé peut également être envisagée via l'approche des représentations sociales, qui trouve ses origines en sociologie et en psychologie sociale. Ce concept est issu de la représentation collective, introduite par Emile Durkheim (1898), qui a par la suite été repris par de nombreux psychosociologues et chercheurs. Nous aurons la possibilité de proposer une revue théorique de ce concept dans la suite de notre travail, mais pour définir globalement les représentations sociales, intéressons-nous aux propos de Denise Jodelet, psychosociologue :

« La représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1984, p.357).

Les représentations sociales sont donc des phénomènes complexes ancrés dans la société. Elles sont constituées d'un ensemble d'éléments tels que les attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. La représentation qu'a un groupe social d'un objet s'appuie sur un ensemble d'informations, d'opinions, de croyances, d'interprétations idéologiques, etc. relatives à cet objet. Elle permet notamment au groupe social de comprendre et d'expliquer la réalité, de définir son

identité sociale, d'orienter son action en fonction du contexte et de justifier a posteriori ses choix ou attitudes.

Morin explique que même si les représentations sociales sont souvent en décalage face aux représentations des professionnels et experts, elles tendent à guider les conduites effectives de l'opinion commune :

« *Les représentations sociales sont porteuses de supposés savoirs et de guides pratiques pour l'action* » (Morin, 2006, p.33).

Les travaux de Claudine Herzlich (1969) ont grandement contribué à la compréhension du sens pratique de la santé. Il s'agissait de la première étude en sciences sociales dans laquelle des individus atteints de pathologies étaient invités à s'exprimer sur la santé et la maladie. 80 personnes de classes moyennes et supérieures ont été interrogées par le biais d'entretiens semi-directifs.

Les résultats montrent que la représentation sociale des individus interrogés intègre deux éléments opposés : santé et maladie. Au sein de cette conception, trois représentations de la santé sont mises en lumière (Galand & Salès-Wuillemin, 2009, p. 35) :

- La « santé vide » qui se réduit à un état neutre où l'on note une absence de maladie.
- Le « fond disponible de santé » qui symbolise un capital de robustesse, caractéristique organique et biologique de l'individu pour résister aux maladies : « *c'est ce qu'on a ou ce dont on hérite. C'est une réserve ou un réservoir* » (Morin, 2006, p.32).
- L'« équilibre » : s'exprime par un bien-être psychologique et physique, une efficience dans l'activité. Il est sur le plan du vécu l'actualisation des possibilités du « fond de santé », et s'oppose sur le plan du ressenti à la « santé vide ». C'est à la fois une valeur et une norme.

L'étude des représentations sociales dans le champ de la santé permet d'appréhender cette juxtaposition entre « santé » et « maladie », et de définir le contenu des représentations liées à la santé. Les travaux de Claudine Herzlich ont permis de mettre en évidence le fait que la santé émerge dans les classes moyennes comme valeur autonome dont les déterminants sont propres à chaque individu. Cette

valeur peut par ailleurs être mise en lien avec la définition de l’OMS (1948) que nous citons précédemment comprenant la santé comme : « *un état de complet bien-être, physique, mental, et social* ». Ce propos a d’ailleurs été appuyé, repris et complété de nombreuses fois par cette même organisation pour indiquer l’importance de la promotion de la santé :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l’améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être, physique, mental, spirituel et social, l’individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s’y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie ; c’est un concept positif qui met l’accent sur les ressources sociales et personnelles aussi bien que sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l’adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l’individu » (OMS, 2005).

Ainsi, la santé peut être perçue comme un espace d’interactions où l’individu se positionne en tant que récepteur de messages de divers émetteurs (politiques, sociaux, scientifiques, médicaux...) aux logiques et objectifs multiples : hygiène, technique, norme, rationalité prescriptive de comportements de santé, éthique, morale ou promotion de soi par la bonne santé (Morin, 2006 p.39). Cependant, l’accumulation de ces messages peut avoir des effets pervers à la fois sur leur sens réel mais aussi sur l’individu. En effet, cet ensemble de prescriptions peut être perçu comme un devoir de normalité.

4.1.3 Norme de la santé et dérives

Du point de vue de notre travail, l’idée selon laquelle la santé serait à la fois une norme sociale et un moyen de production de normes nous paraît tout à fait pertinente. Evoquée dans le travail de recherche de Gladys Lutz (2017), cette conception se base sur les travaux de Georges Canguilhem au sujet de la normalité dans les questions de santé. Selon cet auteur, il peut exister des formes de santé dans la différence de fait, car la santé n’est pas caractérisée par sa mise en lien avec une norme statistique. En opposition à : « un état normal », la santé peut se définir comme une capacité d’adaptation individuelle aux facteurs d’un environnement.

Cette dernière est désignée par le concept central de normativité (Canguilhem, 1966 cité dans Ancet, 2008, p.36).

La théorie de Canguilhem souligne la tendance à assimiler les termes « anomalie » et « pathologie » :

« Une anomalie morphologique pourra être considérée comme pathologique par un médecin parce qu'elle s'écarte de la norme. Mais cela n'a de sens que dans une logique de prévention, compte tenu de la corrélation généralement constatée entre importantes variations et pathologie » (Ancet, 2008, p.37).

Cette logique rentre en opposition avec les principes de la médecine préventive fondée sur l'action avant l'apparition d'une maladie, et la médecine prospective dont l'objectif est de pouvoir identifier des populations à risque en fonction de statistiques. Cependant, elle permet d'éviter le jugement hâtif ou la mise en opposition directe de termes supposés contradictoires.

Les travaux de recherches dont ceux de Janine Pierret (2008), directrice des recherches en sociologie au Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) apportent également une réflexion intéressante sur l'évolution de la santé au sein de notre société. Selon ses propos, l'évolution des moyens, techniques d'intervention et connaissances en médecine curative a provoqué son intrication avec d'autres disciplines comme la politique ou l'éducation (Pierret, 2008, p.49). Ces changements et évolutions concourent à la construction de la santé comme un bien social à la fois collectif et individuel :

« La santé est alors considérée comme un patrimoine collectif qu'il faut protéger et accroître en diversifiant les actions, et un devoir de chacun vis-à-vis de lui-même et de la société. Chacun de nous est maître de sa propre santé et doit exercer sa responsabilité en la matière après y avoir été invité et formé grâce à une éducation sanitaire adaptée » (Pierret, 2008, p.50).

Une transition se serait opérée entre la guérison des maladies et le maintien de la santé et la prévention. Une forme de « devoir de santé » est apparue dans les années 60. Cette logique implique donc la responsabilité des individus concernant leur propre santé. Si l'on s'intéresse aux campagnes de santé publique, on se rend compte que cette initiation de la responsabilité individuelle de la santé prendrait ses formes au début du XXème siècle. Avec sa première campagne nationale de

prévention étant censée être adressée à l'ensemble de la population, la ligue contre le cancer s'adressait à ce que l'on qualifiera plus tard de : « mythe de l'*homo medicus* », dont Perreti-Wattel et Moatti proposent une définition en 2009 :

«Être idéal et fictif, rationnel, calculateur, tout entier investi dans la préservation de son capital de santé, ignorant les valeurs et cultures de l'univers social dans lequel il évolue, insensible aux émotions, aux sentiments et au plaisir » (Peretti-Wattel et Moatti dans *Santé Publique*, 2009).

Ces propos forts, volontairement exacerbés dénoncent le mythe de la santé parfaite initiée par cette campagne de prévention, car cette dernière suppose le fait que la santé est une priorité chez l'ensemble des individus (Crespin et al., 2017, p. 48). Lupton (1995) évoque la notion de : « culte de la santé » qui prendrait ses sources dans la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique en enjeux moraux et sociaux. Cette notion implique de s'assurer de la préservation de sa santé à l'instant présent mais aussi dans le futur. De ce fait, le développement de la santé comme norme souligne l'importance d'accompagner les individus à gérer leur vie selon les principes de prévention énoncés par la médecine (Carpentier et al., 1980 cité dans Pierret, 2008, p.50).

Pour Georges Canguilhem (2007), il est fondamental de prendre en compte le sujet, ses expériences et le vivant dans une logique de compréhension de la santé. Il est nécessaire de rattacher ces éléments au réel pour comprendre les logiques qu'ils développent pour subsister et s'adapter à leur environnement (Canguilhem, 2007 cité dans Lutz, 2017, p.53). Cette conception rejoint les principes évoqués dans les différents modèles d'analyse de l'activité en psychologie du travail et des organisations.

Nous l'avons vu, la santé est un objet qui peut être appréhendé sous plusieurs angles et dont les déterminants et facteurs d'influence sont multiples. Notre travail de recherche étant centré sur une approche des consommations de substances psychoactives en milieu de travail, nous proposons dans les paragraphes suivants d'investiguer les articulations existantes entre santé et travail.

4.2 Liens entre santé et travail

Au regard des faits relatés jusqu'ici, nous comprenons que le travail est un objet pouvant être porteur de sens et pouvant contribuer à l'épanouissement des

individus. Cependant, il est possible que celui-ci amène également une détérioration de la santé physique et psychologique des personnes (cf. Partie : Traiter le réel via la régulation).

Les liens entre la santé et le travail sont un objet déjà mobilisé dans de nombreuses disciplines. Pour autant, la perception de ces derniers n'est pas toujours immédiate. Bien qu'ils soient présents en entreprise, ils ne s'imposent pas toujours directement aux travailleurs. Par ailleurs, dans la recherche scientifique, ils constituent également un puzzle méthodologique difficile à assembler en raison de la présence de nombreux facteurs d'influences : préjugés sociaux, représentations, actions de lobbying... (Gollac & Volkoff, 2006, p.5).

Pourtant, les études statistiques menées dans le domaine de la santé au travail ont pu mettre en lumière de nouveaux intérêts auprès du grand public. En effet, cette thématique est aujourd'hui présente sur la scène politique, sociale et économique et les différents travaux de recherche nés de cette exposition ont permis de faire un constat important : « la santé au travail n'est pas seulement l'affaire de spécialistes » (Lhuillier & Litim, 2009, p.85).

Les perceptions entre santé et travail se sont historiquement construites autour du lien entre « maladie et travail ». Cette première conception a eu comme effet la cristallisation de cette représentation dans les conceptions des experts. De cet angle de vue, le rôle du travail comme source de bien-être et d'épanouissement est occulté par ce rapprochement avec les dégradations de la santé (Lhuillier & Litim, 2009, p. 88). Ce phénomène historique contribue notamment au brouillage et au renforcement de l'opacité des liens entre santé et travail. Les évolutions du travail contribuent également à ce phénomène en attribuant des sources multiples à ces liens. Dominique Lhuillier (2010) établit une revue des différents éléments contribuant à l'opacité des liens entre ces derniers au sein de plusieurs disciplinaires qu'il convient de développer ici :

4.2.1 En médecine du travail et en épidémiologie

Le schéma de causalité entre travail et dégradation de la santé s'est progressivement complexifié par le caractère multifactoriel des nuisances physiques, créant des combinaisons de risques et/ou l'apparition de nouveaux risques pour la santé. Par exemple, l'association entre un travail impliquant des

produits toxiques et la présence d'une cadence élevée, ou un travail impliquant une contrainte posturale et une répétitivité... (Lhuilier, 2010, p.33).

Le temps de latence entre l'exposition aux risques et les manifestations psychologiques ou physiques qui en résultent est également un élément complexe. L'étiologie fait encore l'objet de controverses. Pour exemple, le développement de la mobilité professionnelle et de la précarité contribue à la complexité du suivi des salariés exposés à des substances cancérigènes (Thébaud-Mony, 2006 dans Lhuilier, 2010, p.10).

L'investigation épidémiologique et la recherche du lien entre travail et impacts sur la santé se sont notamment complexifiés par l'intensification du travail, le cumul des contraintes industrielles, marchandes et événementielles, ainsi que les difficultés à concilier les injonctions contradictoires. Ces éléments contribuent à un accroissement de la charge mentale qui pourrait potentiellement développer des conséquences à la fois sur les conditions de travail, mais également sur la santé des travailleurs (Askenazy et al., 2006, dans Bernard, 2006, p.92).

L'individualisation des questions de santé constitue également un élément renforçant l'opacité des liens entre santé et travail. En effet, travailler sur l'étiologie des pathologies en impliquant les aspects professionnels nécessite de prendre en compte la singularité de chaque individu, des stratégies qu'il met en place afin de préserver lui-même son capital santé. Cet aspect est également valable dans les sphères extraprofessionnelles.

4.2.2 En sciences sociales et en psychologie

Les évolutions dans le domaine juridique, concernant la responsabilité des employeurs dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, contribuent à la mise en œuvre de stratégies de mise en exil des problématiques de santé au travail. En effet, dans une logique d'économie et de préservation de la santé financière de l'entreprise, ces derniers ont de plus en plus recours à la sous-traitance des tâches qualifiées comme dangereuses ou risquées. L'appel à l'intérim constitue également un bon moyen de contourner l'obligation de paiement à la cotisation AT/MP (Accidents du travail / Maladies Professionnelles). Cet aspect contribue à un éclatement encore plus grand des acteurs du travail au détriment de leur suivi de santé, et donc complexifie de facto la mise en lumière des liens entre santé et travail (Thébaud-Mony, 2007, dans Lhuilier, 2010, p. 36).

D'un point de vue psychosocial, les acteurs du travail peuvent prendre part au brouillage des liens entre santé et travail. Une des causes pouvant être mise en avant concerne la représentation de la notion de risque. En effet, le risque est défini dans le dictionnaire comme :

« Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage » (Larousse, s. d.-b).

Cette définition souligne l'aspect abstrait qu'un risque peut représenter, et surtout le facteur individuel qui sous-tend cette notion : « considéré comme ». Sa représentation passe par l'identification d'une situation ou d'un événement potentiellement dangereux. Pour autant, cette représentation n'est pas toujours consensuelle. Les liens entre santé et travail dépendent donc activement de la perception qu'un individu développe sur la notion de risque. Ce sont également les acteurs du travail qui contribuent à leur visibilité ou leur invisibilité.

Ce « brouillage » des liens entre santé et travail peut en outre être renforcé par la précarité des statuts professionnels. En effet, les actifs précaires auront tendance à privilégier le maintien d'un emploi au détriment de leur état de santé, en particulier lorsque celui-ci est fragile. Cette stratégie est liée à la crainte de ne pas pouvoir accéder à certains postes et donc de ne pas pouvoir subsister aux besoins fondamentaux :

« Il faut souligner le caractère de cercle vicieux de ces liens entre précarité socioprofessionnelle et santé : dans le contexte d'un marché de l'emploi hyperconcurrentiel, et face à des exigences toujours plus fortes dans l'accomplissement du travail, les salariés dont la santé est défaillante sont les premiers à voir leur intégration professionnelle fragilisée » (Hélaridot, 2009, p.23).

Les travaux évoqués jusqu'à présent nous permettent de comprendre que l'étude des liens entre santé et travail est une démarche complexe où la mise en perspective, la prise de recul et la réflexion sont fondamentales. A ce propos, le modèle de la production sociale de la santé et de la sécurité du travail (Montreuil et al., 2013, p. 9) propose approche globale des liens entre santé et travail établie sur trois niveaux :

- Le niveau microscopique, où l'on retrouve l'activité et l'influence de ses déterminants ;

- Le niveau mésoscopique, composé des contextes organisationnels, des pratiques de gestion, des choix techniques et organisationnels de production du travail...
- Le niveau macroscopique qui regroupe les contextes globaux (économique, social, politique) du travail.

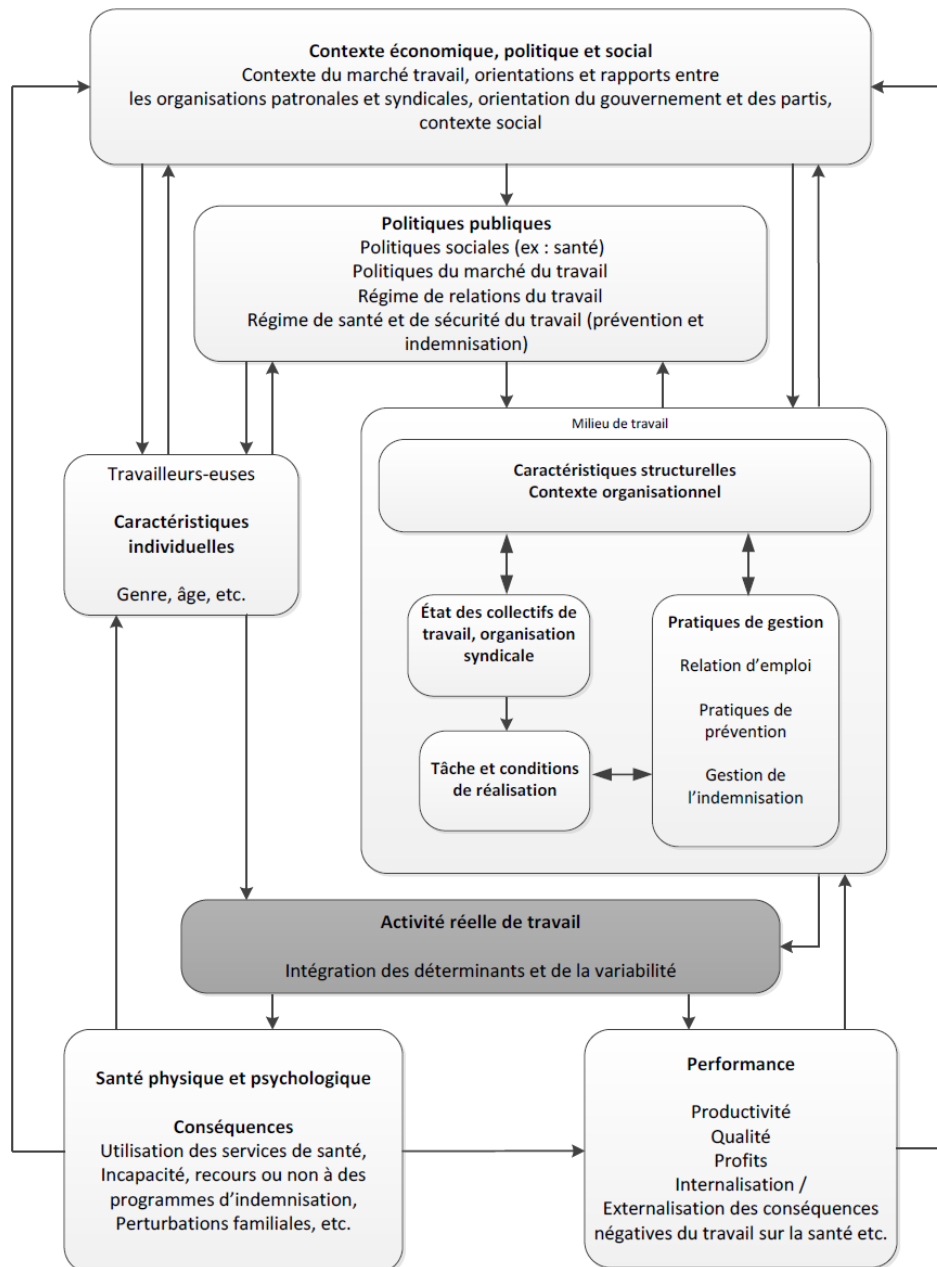


Figure 7 – Modèle de la production sociale de la santé et de la sécurité du travail (Montreuil et al., 2013, p. 9)

Ce modèle montre à quel point le travail s'inscrit dans un système composé de facteurs d'influence divers. La production sociale de la santé et de la sécurité du

travail résulte de la conjonction entre les caractéristiques des travailleurs et une tâche particulière et de ses conditions de réalisation. Cette activité génère des éléments qui auront pour but de contribuer à la performance de l'entreprise, mais aussi des effets psychologiques et physiologiques sur les personnes au travail. Ces conceptions se rapprochent du modèle théorique d'analyse de la situation de travail des cinq carrés adapté de Leplat et Cuny (1974), Christol et de Terssac, Guérin et al. (2006) relaté dans la partie précédente ; dans la mesure où ce dernier conçoit également un double effet de l'activité de travail sur les travailleurs et sur l'organisation.

Les auteurs du modèle de la production sociale de la santé et de la sécurité du travail insistent notamment sur l'importance des niveaux macroscopiques et mésoscopiques de ce modèle, et notamment sur l'influence des contextes économiques, politiques, sociaux, organisationnels, des caractéristiques structurelles des entreprises sur leurs pratiques de prévention et sécurité au travail. En effet, s'intéresser à la santé au travail, comprendre ses enjeux et ses logiques implique de remonter cette chaîne du « micro au macro » pour retrouver ce qui contribue à l'apparition de facteurs de risques auxquels peuvent être exposés les travailleurs. Le champ des effets sur la santé étant vaste, les conséquences peuvent être de divers ordres. Selon les auteurs : « *les effets négatifs sur la santé se répercutent dans l'utilisation des services de santé, la prise de médicaments (dont des psychotropes)...* » (Baril-Gingras et al., 2013, p 13). Développer une vision globale est une démarche importante pour comprendre les déterminants de la santé en lien avec le travail. De plus, ces démarches sont nécessaires à la production de connaissances qui contribuent à une meilleure préhension de ces liens. Nous l'avons vu, les facteurs tels que l'intensification du travail (Askenazy et al., 2006, dans Bernard, 2006, p.92) les influençant sont multiples et ne cessent de se développer. Cette logique de production de connaissances peut s'articuler de nombreuses manières, et notamment via les codes de la recherche-action où l'on considère l'individu comme porteur de savoir :

« *La construction de connaissances peut résulter d'un processus de coopération : les sujets au travail, reconnus comme sujets « connaissant », et non comme objets d'enquête, participent à l'élaboration dans des dispositifs ad hoc et, ce faisant, gagnent en pouvoir d'agir...* » (Lhuillier, 2010, p.57).

Notre travail de recherche s'inscrit directement dans cette logique de production de connaissances via la recherche-action en santé au travail. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en évoquer l'intérêt plus tardivement. Avant cela, au regard des éléments retenus et dans le but d'avoir une meilleure visibilité sur les aspects qui constituent les enjeux de notre travail, il est nécessaire de dresser un état des lieux du lien entre santé et conditions de travail en France. A ce titre, les différentes enquêtes sur les conditions de travail d'organismes variés tels que la direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES) ou la Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (EUROFOUND) constituent une première clé de lecture pour étudier la question des liens entre santé et travail. Nous développerons une synthèse de leurs travaux dans la partie suivante.

4.3 Les conditions de travail en lien avec la santé en France

Avant toutes choses, il est important de noter que les conditions de travail d'un emploi sont relatives aux éléments organisationnels de la structure d'emploi (temps de travail, rythme, autonomie, marge de manœuvre...), aux aspects techniques et matériels (contraintes physiques, outils aidant à la réalisation des tâches, exposition à des substances dangereuses...), et psychosociaux (relations internes, externes, conflits de valeurs...) (DARES, 2016, p.4). Ces conditions de travail peuvent avoir des conséquences sur la survenue d'accidents du travail, mais elles influencent également le développement de maladies professionnelles. De nombreuses enquêtes statistiques et recherches scientifiques se sont attelées à produire des connaissances sur ces liens.

4.3.1 Les conditions de travail et leur impact sur le plan physique et physiologique

Pour donner quelques exemples, Valeyre (2007) lie la santé physique aux caractéristiques structurelles des organisations. Pour ce faire, une typologie des formes d'organisations du travail construite à l'aide d'une méthode statistique de classification ascendante hiérarchique des salariés en fonction de quinze variables d'organisation a été réalisée. Elle distingue quatre classes différentes (p.38) :

1. La classe des structures dites « *simples* » comprend des organisations peu formalisées. Il y a peu de répétitivité dans les tâches et la coordination passe principalement par une supervision directe ;

2. La classe des « *organisations apprenantes* » qui regroupent des salariés bénéficiant d'une grande autonomie à la fois dans la réalisation des tâches mais aussi au niveau temporel sur l'organisation de leur temps de travail. Le travail d'équipe est relativement présent, et les tâches réalisées sont complexes ;
3. La classe des « *organisations en lean production* » où travail en collectif, polyvalence, politique de qualité et production en flux tendus sont combinés ;
4. La classe des « *organisations tayloriennes* » où les travailleurs réalisent des tâches répétitives dans un cadre contraint temporellement. Dans ces organisations, le niveau d'autonomie de ces organisations accordé au salarié est faible.

Sur la base de cette classification et au regard des résultats issus de la troisième enquête européenne sur les conditions de travail (EUROFOUND, 2000), l'auteur constate la présence de facteurs de pénibilité physique comme les postures douloureuses ou fatigantes et la manutention de charges lourdes, qui interviennent de façon plus fréquente dans les entreprises tayloriennes ou de lean production. Ce sont également ces structures qui ont une part plus importante de salariés touchés par les troubles musculo-squelettiques (TMS), et où les expositions à des nuisances sonores, physiques ou des substances dangereuses sont les plus prégnantes (Louche, 2018, p.216). L'intensification des conditions de travail, la mauvaise conception des postes et l'exposition aux environnements nocifs constituent des facteurs explicatifs importants dans les potentielles altérations de la santé au travail.

Les résultats des enquêtes SUMER (surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) attestent que malgré le développement des recherches et actions visant à prévenir des risques d'altération de la santé, les salariés sont encore fortement exposés à divers facteurs de risques. En 2017, plus de 34 % de l'échantillon interrogé (soit environ 50 000 participants) déclare subir au moins trois contraintes physiques dans son travail (DARES, 2019, p.8). A l'heure actuelle, si une baisse des contraintes de rythmes de travail et contraintes psychosociales (diminution de la charge mentale, horaires moins contraignants, soutien social en augmentation...) peut être observée, l'autonomie des salariés poursuit une tendance dégressive et les contraintes physiques restent élevées en

milieu de travail (DARES, 2017). Sur les vingt dernières années dans le secteur privé, le signalement des expositions à des agents biologiques a augmenté. L'intensité du travail a augmenté depuis 20 ans, même si elle s'est stabilisée entre 2010 et 2017. Après un pic en 2010, le signalement de comportements hostiles revient en 2017 au niveau de 2003, tandis que la tension au travail se stabilise à un niveau élevé et que les écarts entre salariés se creusent concernant le manque de reconnaissance au travail. Afin de lutter contre l'ensemble de ces expositions, près d'un salarié sur deux est couvert par des pratiques formalisées de prévention des risques professionnels (DARES, 2019).

Le lien entre santé et travail peut également être abordé sous l'angle des accidents du travail et des maladies professionnelles. Sur la dernière décennie, leur coût représente aujourd'hui environ 3% du PIB (Lhuillier, 2009, p.85). L'évolution contrastée des conditions de travail induit des effets également divers sur la santé des salariés. Sur le long terme, le déclin des emplois industriels et les efforts de prévention ont permis une réduction significative de la fréquence des accidents du travail (AT).

Selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui concernent environ 80 % des salariés du secteur marchand, en 20 ans le nombre d'accidents graves a été divisé par deux, et celui des accidents mortels par trois. Toutefois, le taux de gravité des accidents a augmenté depuis 2000 avant de se stabiliser en 2005. Malgré les difficultés de la comparaison internationale des sources statistiques sur les accidents du travail, l'évolution de la performance française apparaît en ce domaine peu satisfaisante. En effet, entre 1994 et 2004 le taux d'AT avec arrêt de plus de trois jours a baissé de 15 % en France contre 27 % pour l'ensemble de l'Union européenne. Le nombre de maladies professionnelles reconnues par la CNAMTS a augmenté fortement au cours des 15 dernières années, en raison d'une meilleure connaissance et reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies, mais aussi du fait de l'intensification du travail et des effets différés de certaines substances toxiques telles que l'amiante. Les troubles musculo-squelettiques et les affections pulmonaires liées à celle-ci représentent en effet la grande majorité de ces maladies. Ces maladies professionnelles font l'objet d'une sous-déclaration importante et persistante, notamment à cause des raisons que nous citons précédemment (Hélarlot, 2009, p.23). Ainsi, l'Institut national de veille sanitaire (INVS) estime que chaque année, entre 4 et 8,5 % des nouveaux cas

de cancers, soit 11 000 à 23 000 cas, seraient attribuables aux expositions professionnelles, alors qu'environ 2000 seulement sont reconnus (Insee, 2008, p.70).

En 2019, le nombre de maladies professionnelles a continué de croître. Les TMS représentent 88% des maladies enregistrées. Les atteintes psychosociales (dépressions, burn out...) sont également en augmentation, qu'elles soient reconnues en maladie professionnelle (1051 cas, soit 6% en plus par rapport à 2018) ou en accident du travail (+ 20 000 cas). En cause : le mal être au travail ou l'agression d'un salarié en contact avec le public (Assurance Maladie, 2019, p.7).

4.3.2 Les conditions de travail et leur impact sur le plan psychologique

A ce titre, s'intéresser aux études portant sur les atteintes psychologiques du travail n'est pas une démarche aisée car elles peuvent être abordées sous divers angles. Actuellement, les études scientifiques font du stress au travail une problématique de taille au sein des entreprises. En effet, en France, le coût social a minima du stress au travail est compris entre 1,9 et 3 milliards d'euros (Trontin et al., 2017, p.4). Les auteurs de cette étude précisent que ces valeurs ne traduisent qu'une part minimale de l'impact économique réel du stress au travail. Au sein de ce travail de recherche, nous développons nos réflexions autour du concept de « facteur de risque psychosocial au travail ».

Le fait est que l'intérêt pour cette notion au travail part d'une dynamique de réflexion datant des années 30 suite aux travaux réalisés sur la notion de stress (Cannon, 1929 ; Selye 1936, cités dans Goldstein & Kopin, 2007, p.110). Ainsi, l'intégration « pratique » de cet objet dans le monde du travail est encore relativement récente. En France, cette notion désigne :

« des risques pour la santé créés par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques » (Askenazy et al., 2012, p. 23).

Bien que cette définition soit aujourd'hui largement exploitée, il semblerait que la notion ne bénéficie pas du même regard et du même usage en fonction des acteurs sociaux et des champs disciplinaires.

Nous nous focaliserons ici sur l'approche de cette notion de « risque psychosocial » selon les domaines de la psychologie du travail et de la médecine du travail.

Même s'il serait réducteur de concevoir que l'ensemble du personnel de santé au travail partage la même école de pensée, il est possible d'avancer le fait que leur activité et leurs pratiques peuvent s'inspirer de plusieurs disciplines (épidémiologie, psychodynamique du travail, sociologie...) (Askenazy et al., 2012, p.23). Pour développer une approche globale et entière des situations de travail, les risques psychosociaux doivent être considérés au même titre que les risques chimiques, physiques, biologiques... Les médecins du travail représentent notamment un vecteur d'observation privilégié des situations à risque psychosocial de par leur approche individuelle et globale.

Néanmoins, une définition claire de la notion de « RPS » semble encore difficile à distinguer malgré la recrudescence des parutions sur ce thème. Il semblerait que cet objet existe par lui-même sur la base d'un consensus non exprimé (Manzano, 2010, p.182). Nous reprendrons donc ici la définition de Pascale Molinier (2009, p 32) citée dans l'article de la même auteure :

« Aujourd'hui, il semble que ce qui fait consensus, dans la définition du risque psychosocial, est que l'on ne peut l'appréhender dans une logique de type cause-effet, mais qu'il faille mettre en œuvre une logique systémique en termes de facteur ».

Cette définition est intéressante car elle met en exergue le fonctionnement systémique des situations à risque psychosocial au même titre que le fonctionnement de l'activité de travail que nous citions précédemment (cf. *Tâche et activité, modalités incontournables de l'analyse du travail*). C'est autour de ce postulat que notre travail de recherche prend forme.

Les auteurs du rapport : « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » (Askenazy et al., 2012) ou autrement appelé « Rapport Gollac » se sont questionnés sur la création d'une définition « opérationnelle » pour les RPS. Au terme de leurs échanges et réflexions, il s'avère qu'un consensus est établi sur le fait que les disciplines traitant de ce sujet accordent toutes une place important à l'organisation du travail. L'angle d'approche associé à la définition d'un risque qualifié comme psychosocial s'appuie sur la considération de ses origines et non de ses manifestations. Ainsi, les risques psychosociaux seront définis comme : « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les*

conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (p.31).

Enfin, pour rendre opérationnel tout travail d'analyse ou de diagnostic, il est également important d'aller au-delà de la notion de « risque », car nous l'avons vu, celle-ci fait référence à la relation entre l'exposition à des facteurs de risque et leurs conséquences qui sont variables et non spécifiques. En effet, les atteintes peuvent être de divers ordres (psychologique, physique, social...). L'on aura donc tendance à mélanger les « causes » et les « conséquences » de ces risques. Rester dans le domaine du factuel et de l'objectif implique donc de se focaliser sur ce qui est observable et potentiellement socialement partagé. C'est pourquoi la notion de facteur de risque psychosocial est à distinguer de ses effets sur la santé, que l'on pourra qualifier de « troubles » ou « conséquences » psychosociales. Ces affections peuvent être diverses et se caractérisent par un épuisement émotionnel, une prise de distance vis-à-vis de la sphère professionnelle, une diminution de l'accomplissement personnel au travail...

Éléments de conclusion

Grâce à ce premier travail de revue théorique dans le champ de la santé, nous avons d'une part saisi le fait qu'elle est un objet complexe et multifactoriel dont les représentations diffèrent en fonction du niveau d'expertise, des individus, mais aussi des champs disciplinaires etc. Cette diversité de représentations va parfois jusqu'à être à l'origine de certaines dérives, notamment dans le milieu de la prévention. D'autre part, nous avons pris conscience que la considération des termes « santé » et « travail » comme deux objets indépendants est une conception limitée. Au contraire, les éléments qui les lient sont nombreux, et parfois si nombreux qu'il est difficile de tous les appréhender, d'autant que certains sont observables alors que d'autres nécessitent des années d'études épidémiologiques afin d'en appréhender le contenu. Enfin, nous aurons compris que dans l'intérêt de notre travail, il est extrêmement important de développer un regard global sur la notion de santé pour s'inscrire dans cette démarche complexe qu'est la production de connaissances dans notre domaine.

Synthèse du chapitre

Dans le cadre de cette thèse, nous entendons le travail comme un terme plurivoque et dont la définition réelle ne peut se résumer à une seule conception. Les approches compréhensives développées historiquement par la psychologie du travail et des organisations fournissent une clé de lecture non négligeable dans cette logique d'appréhension et de compréhension du travail et de ses déterminants. Nous mobilisons ainsi les concepts de système d'activité, de tâches, de stratégies de régulation afin d'appréhender au mieux la complexité de cet univers. L'individu qui s'y inscrit est un sujet actif qui tente de s'autogérer face aux situations qu'il rencontre (Guichard, 2000). Il évolue notamment dans des systèmes professionnels et hors professionnels complexes, parfois contradictoires. Les contraintes auxquelles un individu va être confronté dans la sphère professionnelle vont conditionner ses réponses pour traiter le réel des situations. Cependant, dans certaines mesures, ce qui est difficile de réaliser ou ce qui n'est pas réalisable (Clot, 2000) peut avoir un impact, positif comme négatif, sur la santé de ces derniers.

Notre recherche s'inscrit profondément dans cette logique systémique entre individu, activité et santé. Nous mobilisons la notion de santé dans cette perspective. Notre objectif sera notamment de comprendre les représentations existantes dans le domaine de la santé au travail, autour des questions de consommations de substances psychotropes. Les recherches évoquées relatives à la santé sont liées à l'impact du travail réel, de l'activité et des régulations que les travailleurs sont susceptibles de mettre en œuvre pour répondre à une situation contraignante. Nous l'avons en effet constaté, une profonde mutation du monde du travail s'est opérée au cours des dernières décennies. Inscrit aujourd'hui dans un contexte normatif tant du point de vue de la performance que de celui de la santé, l'Homme ne cesse de mobiliser ses compétences psychologiques (Negura et al., 2012, p.200). Nous considérons dans nos travaux que cette réalité organisationnelle actuelle peut impacter la consommation de substances psychoactives. Pour répondre aux questions que pose notre thèse sur les relations entre le travail et les usages de substances, nous avons dédié le chapitre suivant à leur définition.

II. CHAPITRE II – LES CONDUITES ADDICTIVES : POSITIONNEMENT ET RELATIONS AVEC LE TRAVAIL

Dans ce chapitre, nous proposons une revue des définitions relatives à la notion de « conduites addictives », élément central de notre travail. Nous présenterons également un éclairage des substances consommées en France. Enfin, nous exposerons une approche du lien entre conditions de travail et conduites addictives afin de mettre en lumière les réflexions et questionnements autour de cette thématique. Notre recherche s'est élaborée autour de ces différents concepts, nous en développerons donc l'ensemble des attributs afin de justifier la construction de notre travail. Au préalable, il est nécessaire d'établir une réflexion sur le positionnement que nous accordons au concept de « drogue ». Nous expliciterons également notre positionnement autour de la notion de « substances psychoactives ».

1. Drogues et SPA : quelques éclaircissements

1.1 Aux origines des drogues

La production, le commerce et l'usage de drogues existent depuis l'Antiquité. Les hommes consommaient déjà de l'alcool, mais aussi du pavot et du chanvre qui sont des plantes cultivées sur une large partie des continents. La feuille de coca en Amérique centrale et du sud, le kat en Afrique de l'Est... autant de produits utilisés pour des usages médicaux et hallucinogènes. Ils étaient notamment consommés dans un cadre festif et/ou religieux (Duport, 2013, p.15).

L'apparition et l'inclusion des drogues dans la société occidentale viendraient principalement des retours de voyages d'exploration ou de colonies des différentes figures du XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle (Nourrisson, 2017, p.1). Les termes – l'italien « droga », l'anglais « drug », le français « drogue » – qui apparaissent simultanément au XVI^e siècle, désignent à l'époque des dragées ou des médicaments agissants pour toutes les affections. Le Dictionnaire de Trévoux (1752), ouvrage historique synthétisant les dictionnaires français du XVII^{ème} siècle rédigé sous la direction des Jésuites, propose une définition du mot « drogue » comme étant :

« Un terme général de marchandise d'épicerie de toute sorte de nature, et surtout des pays éloignés, lesquels servent à la médecine, aux teintures et aux

artisans... dérive du mot persan droa, signifiant odeur... ou du mot hébreux rakab, pour préparer des parfums » (Compagnie de Jésus, 1752).

A l'époque, les nombreux produits : tabac, chocolat, liqueurs... se succèdent et deviennent des produits prisés par la société aristocratique. Le vide juridique et législatif de l'époque a probablement concouru à leur développement rapide et pérenne (Nourrisson, 2017, p.7). C'est aussi grâce à la révolution industrielle que les différents produits ont pu se généraliser et se standardiser. A ce niveau, le XIXème siècle marque un réel tournant à la fois dans l'explosion de la richesse des drogues que l'on retrouve sur le marché français, mais également dans les premiers diagnostics de pathologies liées à leur usage. Magnus Huss, professeur et médecin suédois, sera l'un des premiers à mettre en lumière l'alcoolisme chronique (Renaudin, 1853).

1.2 Drogues et substances psychoactives, quelles définitions ?

En néerlandais, « *drog* », désigne des produits séchés. Au XIVème siècle, drogue désigne un ingrédient des teintures ou des remèdes traditionnels, ces derniers ayant souvent une connotation péjorative. Les drogueries – mot fortement employé – étaient des commerces proposant des produits d'herboristerie ou encore d'hygiène (MAAD DIGITAL, 2020¹⁹). De nos jours, la drogue trouve plusieurs définitions. Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante :

« Substance psychotrope naturelle ou synthétique, généralement nuisible pour la santé, susceptible de provoquer une toxicomanie, et consommée en dehors d'une prescription médicale » (Larousse, s.d).

Cette définition est questionnante car elle écarte complètement les origines de la drogue comme une substance pouvant être consommée pour ses vertus médicinales. Elle souligne également le fait qu'une drogue est consommée exclusivement hors du cadre médical. Or, l'Académie Nationale de Médecine a proposé la définition suivante :

« Substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à

¹⁹La plateforme MAAD Digital est conçue avec le concours de partenaires publics, de jeunes, de chercheurs et d'acteurs de la médiation scientifique. Elle s'appuie sur les travaux de la recherche scientifique pour diffuser une information sur les Mécanismes des Addictions à l'Alcool et aux Drogues qui soit accessible aux adolescents et jeunes adultes.

instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin » (Académie Nationale de Médecine, 2006).

Cette définition n'exclut pas la question de la consommation dans le cadre médicinal ou médical, mais porte un accent sur la possible apparition d'une dépendance liée à la consommation. Cependant, la suite de cette définition a eu pour mérite de retenir notre attention :

« En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active » (Académie Nationale de Médecine, 2006).

L'académie nationale de médecine française revendique donc l'aspect non médical et/ou médicinal du mot « drogue », ce qui est relativement questionnant si l'on s'intéresse au sens de l'usage des drogues dans l'Antiquité. Ces deux définitions présentées ici sont porteuses d'un message selon lequel la « drogue » est fondamentalement nocive, peu importe ce qu'elle désigne et peu importe l'usage qui lui est conféré. Or, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), ancienne MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) propose la définition suivante :

« On appelle « drogue » toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience » (MILDECA, 2015)

Cette définition plus générale propose de considérer toutes les substances pouvant influencer le système nerveux central lorsque l'on se réfère au terme de drogue. Cette conception, moins invective et prônant une forme de neutralité par l'absence de lien avec une pathologie, énonce la question des substances psychotropes et psychoactives. Attelons-nous à présent à la définition de ces éléments.

« Psycho » provient du mot grec ancien « *psukhē* » qui signifiait l'âme ou l'esprit et, aujourd'hui, de façon plus pragmatique : le cerveau. « Trope » provient également du grec « *tropos* » qui désigne la notion de direction. « Actif » est un mot

signifiant « qui produit un effet », qu'il soit positif ou négatif. Au sens littéral du terme, un psychotrope est donc un produit qui a pour cible le cerveau, et l'adjectif psychoactif désigne quelque chose qui agit sur le cerveau. Selon l'OMS :

« Une substance psychoactive s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. Cette désignation de même que son équivalent de psychotrope sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, licites ou non, qui présentent un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues. Le terme « psychoactif » n'implique pas forcément une dépendance; il est souvent omis dans le langage courant, par exemple quand il est fait référence à « l'utilisation de drogues » ou à l'«abus de substances » (OMS, s.d).

Au même titre, la définition de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) propose une définition similaire :

« Un produit psychoactif est une substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement ; ou plus généralement les produits susceptibles de modifier l'état de conscience ou de provoquer une dépendance, physique ou psychologique » (OFDT, 2013, cité dans Czuba, 2017, p.36).

Nous retrouvons au sein de ces définitions la question de la potentialité addictive liée à l'usage de la substance psychoactive, sans pour autant que le lien de cause à conséquence soit systématique.

Parmi la classification des différentes substances proposée par l'OFDT (2019), nous retrouvons :

- Alcool ;
- Cannabis et cannabinoïdes de synthèse ;
- Cocaïne, crack, free base ;
- GHB/GBL, poppers et protoxyde d'azote ;
- Héroïne et autres opioïdes ;
- LSD, champignons, autres hallucinogènes et hallucinogènes de synthèse ;
- Médicaments psychotropes non opioïdes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, antipsychotiques, psychostimulants...);
- Nouveaux produits de synthèse (BZP, Spice, Méphédronne...);

- Stimulants de synthèse : MDMA/ecstasy, amphétamines et cathinones ;
- Tabac, chicha et liquide de cigarette électronique.

Cette classification est évidemment non-exhaustive mais intègre un ensemble de produits pouvant être consommés et pouvant développer un trouble lié à leur usage.

Éléments de conclusion

A travers notre travail, nous considérons que l'usage d'une substance psychoactive peut amener à la dépendance sans que cela soit systématique. Afin de faire preuve d'une certaine neutralité, nous adoptons la vision selon laquelle le terme « drogue » ne revêt pas uniquement les traits négatifs suscités. De même, nous ne marquons pas de différence particulière au niveau des caractères licites et illicites des dites substances. Cette finalité purement juridique étant le plus souvent soumise aux cultures et croyances des pays dont les conventions sociales sont différentes les unes des autres (Morel et Couteron, 2015 cité dans Lutz, 2017, p.77).

2. Les « conduites addictives », héritières des addictions ?

Ce travail de réflexion et de recherche que nous avons entrepris de réaliser s'est construit autour d'une interrogation particulière liée à la dimension lexicale du champ des addictions. En effet, et nous le verrons par la suite, le concept « d'addiction » s'est substitué à celui de « toxicomanies » (Rozaire et al., 2009, p.11). Malgré un passé de recherches bien étayé, les addictions et leur univers recèlent toujours de traits complexes, et notamment au niveau du champ lexical qui les compose. Aujourd'hui encore, les articles scientifiques ou spécialisés dans ce domaine ne semblent pas toujours différencier les termes « addiction », « drogue », « dépendance », « pratiques addictives », « usage », « conduite addictive » (Fettah, 2017, p.13). En outre, notre premier travail de recherche questionnait déjà, à son niveau, la différenciation que les professionnels de la santé au travail pouvaient donner entre ces termes. Les modestes conclusions de ce dernier initiaient déjà une réflexion autour des conceptions, souvent différentes, que les participants développaient sur ces éléments :

« Les terminologies accordées au terme « drogue » sont nombreuses : à la fois relatives à des éléments d'ordre chimique et toxicologique ou en rapport avec la santé physique et psychique. La majeure partie des termes relatifs à des attributs

chimiques et toxicologiques ont majoritairement été cités par les médecins du travail et les infirmières. Les termes relatifs à la question de l'altération de la santé physique et psychique proviennent notamment des infirmières du travail, IPRP et secrétaires médicales. Les médecins et secrétaires médicales considèrent qu'il n'y a pas de réelle différenciation entre « addiction » et « conduite addictive ». Les infirmières estiment que l'addiction constitue une pathologie et que la conduite addictive est une partie de celle-ci : le comportement se développant autour de l'addiction. Enfin, une partie des IPRP interrogés développe la même représentation que les infirmières alors que l'autre partie considère que l'addiction est « un diagnostic », et que la conduite addictive constitue un des éléments permettant de le définir » (Fettah, 2017, p.39).

Bien conscients que ces résultats ne peuvent évidemment prétendre à être généralisés, ils ont tout de même contribué à nous questionner : pourquoi y'a-t-il une telle multiplicité des représentations autour des différents termes évoqués ? Les recherches montrent qu'il existe un nombre conséquent de théories sur la question des addictions. West et Brown (2013) ont proposé une classification non exhaustive des différents courants et théories existants au sujet des addictions :

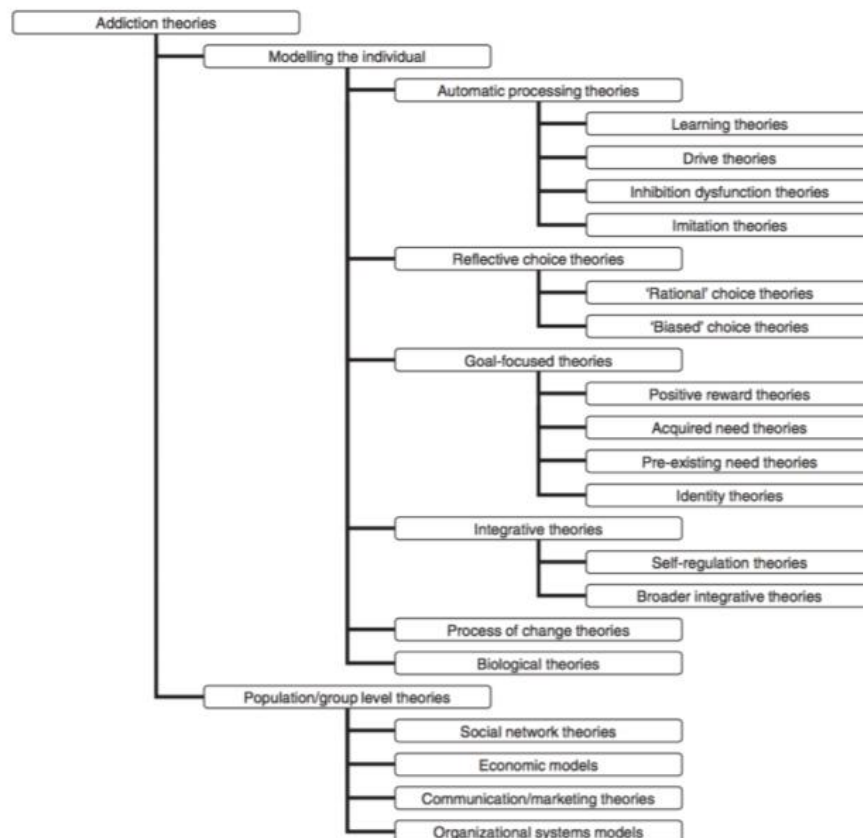


Figure 8 – Classification des théories de l'addiction (West & Brown, 2013, p.153)

La pluralité des courants et des approches relatés ci-dessus peut également expliquer la richesse des termes existants relatifs à la question des addictions. Notre travail de revue théorique se destine donc naturellement à appréhender cette thématique et la diversité de son champ lexical afin d'en comprendre les différences. D'autre part, l'intérêt de cette partie réside également dans la volonté de justifier le choix du terme : « conduites addictives » comme élément central de notre travail.

Avant d'investiguer plus précisément ces différentes notions, notons que ces dernières sont principalement définies dans le cadre de classifications officielles qu'il est important de distinguer.

1. Les classifications diagnostiques des maladies ou troubles qui sont utilisées par les experts dans les recherches et les études épidémiologiques ;
2. Les classifications descriptives qui elles s'intéressent à toutes les conduites de consommation, qu'elles relèvent d'aspects pathologiques ou non (ANPAA, s.d, p.23).

A l'heure actuelle, il existe deux classifications internationales :

- La Classification Internationale des Maladies (CIM) créée par l'OMS. La 11^{ème} version est la dernière à avoir été publiée en 2018 ,
- Le DSM (Diagnostic Statistic Manual) est un manuel diagnostique à visée statistique élaboré par l'American Psychiatric Association (APA). La 4e édition a été publiée en 1992 : DSM-IV, et la 5e refonte, le DSM-5, a été publiée en 2013.

Dans le cadre des propos qui seront avancés dans les parties suivantes, nous aurons recours à ces deux classifications afin de justifier des différentes évolutions épistémologiques des conduites addictives.

2.1 Aux origines des conduites addictives, une approche descriptive

Cette première approche descriptive a pour objectif de distinguer les différents termes qui ont concouru au syndrome d'addiction. Il convient donc dans un premier temps de définir, notamment à l'aide des classifications présentées au préalable, la notion d'usage et d'abus. Nous nous sommes basés sur les travaux du psychiatre

français Michel Reynaud (1994 ; 2002 ; 2016) dont les recherches ont largement contribué au développement des connaissances dans ce domaine.

2.1.1 Usage et abus

Historiquement, la communauté scientifique catégorise trois grands types de comportements dans la consommation de substances psychoactives : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance (Reynaud, 2002, p.19). Cette distinction trouve ses sources dans la CIM-10, diffusée en 1992. On la retrouve également dans le DSM-IV en 1994. L'adoption de cette distinction par le monde scientifique est due à la praticité des critères diagnostiques proposés par ces classifications, mais aussi au fait que ces deux classifications mettent en avant l'importance du comportement d'usage plus que de la substance consommée. Cet aspect permet de développer une compréhension différente des impacts sur la santé (Morel, 2015, p.69). La distinction proposée permet également la construction de démarches de prévention plus adaptées, moins généralistes.

Avant de s'intéresser à la distinction entre « usage » et « usage nocif », il convient d'en définir les tenants et aboutissants. A ce titre, Michel Reynaud propose une définition de l'usage comme étant caractérisé par :

« La consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages : ceci signifie que l'on admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait pas de dommages » (Reynaud, 2002, p.20).

L'usage, auquel la littérature scientifique ajoute souvent l'adjectif « simple », est donc circonstanciel. Il ne présente pas d'attrait pathologique pour une substance. Il est intéressant de souligner que ce mode de consommation est récurrent dans l'argumentaire des consommateurs réguliers. Ces derniers ont notamment tendance à parler d'usage simple afin de justifier leur consommation. Or, l'usage simple peut être associé à certains risques dans certains contextes. La littérature scientifique française parle alors : « d'usage à risques », mais cette notion n'est pas intégrée dans les classifications internationales (Laqueille & Liot, 2009, p.614).

Par ailleurs, l'usage nocif (ou abus) est caractérisé par une consommation induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. Les atteintes ne se situent pas au même niveau que dans le cadre de la

dépendance. A ce stade, l'utilisateur peut moduler sa consommation en fonction du contexte et arrêter de consommer s'il le désire, mais il peut aussi être en difficulté pour arrêter plusieurs jours de suite. Ce mode de consommation trouve son caractère pathologique dans la répétition de la consommation ainsi que l'existence de dommages induits (Laqueille & Liot, 2009, p.614). Dans ce type d'usage, des problèmes ou des conséquences négatives s'expriment, comme par exemple :

- La survenue ou l'aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux, liés à l'effet des produits ou à la répétition de leur prise ;
- Des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, pendant les études, dans la famille (absence, exclusions, difficultés relationnelles etc.)
- La répétition de l'utilisation d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (travail, conduite...)
- Des problèmes judiciaires répétés liés à la consommation de substance
- L'utilisation de la substance malgré la prise de conscience des problèmes en lien avec la consommation

Ces éléments sont issus des classifications proposées à la fois par le DSM-IV dans la description de « l'abus de substances psychoactives » et par la CIM-10 dans la définition de « l'usage nocif ».

2.1.2 La dépendance

A l'origine, le monde de la médecine caractérisait la dépendance comme un processus menant à une perte de liberté de s'abstenir ou une perte de contrôle liée à l'usage d'une substance (Laqueille & Liot, 2009, p.613). Elle se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet (Reynaud, Parquet & Lagrue, 1999, p.13). Les premières études du syndrome de dépendance avaient tendance à distinguer deux formes :

- La dépendance physique qui est définie comme : « *un besoin irrésistible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques*

en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée) » (Reynaud, Parquet & Lagrue, 1999, p.13)

- La dépendance psychique qui se caractérise par un besoin de trouver et de maintenir une sensation de satisfaction, de bien-être ou de plaisir, apportée par une substance, tout en évitant un mal-être en cas d'absence de consommation. L'on a tendance à nommer ce trait spécifique comme phénomène de *craving*²⁰.

Pendant longtemps, cette distinction contribuait à établir deux états distincts. Les évolutions épistémologiques à ce sujet ont apporté une nuance sur le sujet. En effet, cette représentation clivante entre corps et esprit remet en question le fonctionnement et le lien entre ces deux éléments. En partant du principe que le fonctionnement psychique repose notamment sur une base neurobiologique, on ne pourrait supposer que les deux formes de dépendances explicitées ci-dessus fonctionnent de façon indépendante. Il est donc important de considérer que les dépendances physiques et psychiques fonctionnent de concert dans le cas du syndrome de dépendance et que la dépendance psychique induit un dysfonctionnement durable des fonctions neurobiologiques. C'est notamment par l'usage de substances psychoactives que ce dysfonctionnement s'initie, se renforce, et perdure.

Pour faciliter le diagnostic du syndrome de dépendance, la CIM-10 et le DSM-IV l'ont défini de façon catégorielle :

Les sept critères au sein du DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;

²⁰Le *craving* désigne un besoin irrépissible d'avoir recours à une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant sans désir ou envie particulière (Auriacombe et al., 2016, p. 15).

2. Incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;
3. Apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;
4. Existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;
5. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;
6. Réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;
7. Persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes (HAS, 2014, p.1).

La question de la dépendance, qu'elle soit psychique ou physique est donc historiquement liée à la notion de consommation de substances psychoactives. Le développement des recherches autour du syndrome de l'addiction ont repris ces bases afin de les compléter et de les élargir à d'autres objets qui peuvent caractériser un comportement pathologique.

2.1.3 L'addiction

Concernant le syndrome d'addiction, son origine se situe dans les racines du mot latin *ad dicere* signifiant « dire à ». Il désignait – à l'époque de l'antiquité romaine – les esclaves qui ne pouvaient payer les dettes de leurs créanciers et qui étaient donc « dits à leur maître ». L'*addictus* fait référence à celui qui est condamné à être esclave de ses créanciers (Cottencin, 2008). Ce terme a été utilisé ainsi jusqu'au Moyen-Âge où le fait d'être « addicté » consistait à être contraint – par ordonnance du tribunal – à payer les dettes de son créancier par le travail. Faisons maintenant un léger bond dans le temps au XIV^{ème} siècle. A cette époque en Angleterre, l'addiction désigne une « *relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître* » (Cottencin, 2008). Avec le temps et un usage de plus en plus prégnant du terme par l'opinion commune, il finira par désigner les passions condamnables, notamment dans les pays anglo-saxons dans le cadre de la culture puritaine

américaine qui prône la lutte contre ces passions rattachées à la recherche incessante du plaisir (Rozaire et al., 2009, p.11).

Aujourd'hui, et bien que le terme : « addiction » soit employé régulièrement par l'opinion commune, l'ambiguïté dont il était caractérisé auparavant s'est estompé au profit d'un usage scientifique. Les chercheurs travaillant sur cette thématique proposent alors plusieurs définitions qui ont évolué avec le temps. Aviel Goodman (1990), psychiatre américain, a repris les travaux de Stanton Peele (1986) afin de proposer une définition de ce qu'est l'addiction :

« Un processus 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 de conséquences négatives » (Goodman, 1990, p.1404).

Cette première approche est intéressante car elle se base sur la notion de comportement et n'invoque pas directement la question de l'usage d'une substance que nous développerons plus tard. Elle souligne cette nécessité de trouver du plaisir afin d'apaiser une souffrance interne et sa persistance malgré la connaissance des effets délétères. Pour caractériser l'addiction, Goodman propose six catégories de critères inspirés du DSM-III-R afin de réaliser le diagnostic de l'addiction (Goodman, 1990, p.1404) :

- a. Échec récurrent pour résister aux pulsions dans un comportement spécifié ;
- b. Augmentation immédiate du sentiment de tension avant le début du comportement ;
- c. Plaisir ou soulagement au moment de s'engager dans le comportement ;
- d. Un sentiment de manque de contrôle lors de l'engagement dans le comportement ;
- e. Au moins cinq aspects parmi les suivants :
 - Un sentiment de préoccupation en lien avec le comportement ou avec l'activité préparatoire au comportement ;
 - Un engagement dans le comportement de plus en plus fréquent ou dont la durée augmente ;
 - Des efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement ;

- Un temps conséquent dédié aux activités nécessaires au comportement, à l'engagement dans le comportement ou à se remettre de ses effets ;
 - Un engagement fréquent dans le comportement lorsqu'on s'attend à ce que celui-ci remplisse des obligations professionnelles, académiques, domestiques ou sociales ;
 - Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison du comportement ;
 - La recrudescence du comportement malgré l'existence et la conscience d'un problème social, financier, psychologique ou physique persistant ou récurrent causé ou exacerbé par ce dernier ;
 - Le principe de tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement afin d'obtenir l'effet désiré ou l'effet diminué avec un comportement continu de même intensité ;
 - Agitation ou irritabilité dans le cas où le comportement n'est pas réalisable.
- f. Certains symptômes de la perturbation ont persisté pendant au moins 1 mois ou sont survenus à plusieurs reprises sur une longue période.

Cette définition et les critères de diagnostic qui lui sont associés permettent de rendre compte de la complexité qui caractérise l'addiction. Goodman explique que la catégorisation proposée peut sembler plus restrictive que les critères établis à l'origine dans le DSM-III-R. En effet, cette édition du DSM identifie principalement la dépendance aux substances psychoactives et le « jeu pathologique » comme troubles addictifs (Kosten et al., 1987, p. 836). Or, Goodman propose d'adopter la notion de « comportement » sans faire de lien direct avec l'usage d'une substance ou la pratique d'un comportement particulier. Cette approche proposant un regard plus exhaustif et global est devenue pionnière dans l'évolution des connaissances au sujet de l'addiction.

D'autres chercheurs du XXI^{ème} siècle ont proposé une définition de l'addiction. Dans les recherches de Volkow et al., (2002, p.611) l'addiction est qualifiée comme :

« Un trouble caractérisé par un processus récurrent comprenant l'intoxication répétée puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de signes de sevrage et d'un besoin compulsif de consommer ou craving ».

Cette définition souligne le caractère chronique et l'apparition d'un état émotionnel négatif lorsque l'accès au produit est impossible. L'évolution par rechutes est également une caractéristique prégnante de l'addiction (Koob, 2006, p.170). Elle se manifeste alors par la difficulté récurrente de contrôler un comportement. Le sujet addict reproduit ce dernier en dépit de la connaissance de ces effets néfastes, ce dans un but de production de plaisir. Au regard des faits relatés précédemment (cf. La dépendance), les caractéristiques cliniques entre syndrome de dépendance et syndrome d'addiction semblent proches. Le terme « addiction » a cependant marqué une différence via l'élargissement du concept de dépendance à l'usage de substance mais aussi aux comportements tels que l'addiction sexuelle, l'addiction au travail (*workaholism*), ou encore le jeu pathologique (*gambling*) (Laqueille & Liot, 2009, p.613).

A ce titre, ce que l'on nomme comme : « les addictions comportementales » (ou addictions sans substances) se caractérisent par cette même impossibilité de contrôler un comportement, et la poursuite de ce comportement malgré la survenue et la conscience des conséquences négatives. Auparavant mal connus et mal décrits, ces troubles ont fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des dernières années, se traduisant par une augmentation significative de l'offre et de la demande de soins s'y rapportant. (Collège national des universitaires en psychiatrie, 2021, p.322). Étant donné le caractère récent et émergent de ces troubles, seuls les troubles du jeu pathologique et le trouble de jeu vidéo bénéficient aujourd'hui de critères diagnostiques au sein du DSM-V et de la CIM-11 (Achab et al., 2018).

Il est intéressant de noter que l'évolution des recherches sur cette thématique a peu à peu modifié les déterminants lexicaux employés. A titre d'exemple, le DSM-V propose une approche non plus catégorielle mais dimensionnelle. Elle n'évoque ainsi plus le terme de « dépendance » mais de « trouble lié à l'usage d'une substance » (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, s. d., p. 23).

Nous l'aurons compris par le biais de cette revue des différents termes : aborder la question des conduites addictives implique un premier travail de compréhension et d'approche des concepts qui l'ont précédée. Cette thématique est

notamment caractérisée par ses nombreuses évolutions qui ont impliqué différents changements et positionnements. Cette première approche que l'on qualifie de « descriptive » a l'avantage de nous permettre une prise de recul sur l'apparition des différents termes. Elle permet de prendre conscience que ces évolutions restent prégnantes actuellement. Cet ancrage dans notre société a également été l'origine d'une autre approche du phénomène, basée principalement sur sa compréhension plus que sa description.

2.2 L'approche compréhensive, berceau des conduites addictives

L'approche descriptive incarnée par les différents systèmes de catégorisation que nous venons de présenter a permis d'approcher la question des addictions. Mais dans le même temps, elle a installé une forme de rigidité dans les pratiques et a contribué à un système d'attribution de cause à effet que l'on pourrait qualifier de réductionniste ou simpliste (Reynaud, Parquet & Lagrue, 1999, p.7). Considérer les déterminants de ces comportements plutôt qu'observer leur impact psychophysiologique implique donc d'adopter une approche compréhensive.

De nombreuses recherches scientifiques dans le champ de la psychiatrie et des sciences humaines ont contribué à apporter un regard plus détaillé, relevant alors une complexité importante dans les déterminants qui incarnent la manifestation de comportements addictifs :

« 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 » (Lutz, 2017, p.98).

2.2.1 Le modèle biopsychosocial des addictions

L'approche selon laquelle le syndrome d'addiction aurait une origine multifactorielle s'est développée sur la base des travaux d'Engel (1977). Ce dernier a en effet proposé un modèle « biopsycho-social » dans la sphère médicale pour la mise en place d'un parcours de soin. A l'origine, ce premier modèle peut être défini comme :

« Une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie » (Berquin, 2010, p.1512).

Les travaux d'Engel ont largement influencé la sphère scientifique et médicale au niveau des représentations des personnels de santé au sujet de la maladie, mais également des questions de prise en charge du patient. Ils ont notamment été adoptés et repris dans les fondements des modèles descriptifs et critériels de l'addiction que proposent les différents manuels diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III et DSM-IV) (Wilson, 1999, p.399).

Notons que ce modèle fait suite à la proposition des modèles médicaux dits « univarié » et « bi-varié ou biomédical » (Trouessin, 2016, p.7). A l'inverse de ces derniers, le modèle biopsychosocial propose un système dont les causalités d'un trouble peuvent être multiples et circulaires. Cette conception renforce *de facto* leur complexité tant au niveau de leur identification que de leur contrôle (Berquin, 2010, p.1512).

Claude Olievenstein, psychiatre français considéré comme l'un des pionniers français de l'addictologie (Trouessin, 2016, p.10), s'est inspiré des travaux d'Engel pour proposer un modèle biopsychosocial des addictions (1983). Ce dernier est considéré aujourd'hui comme une référence importante dans l'approche du syndrome d'addiction. Le postulat de ce modèle est le suivant :

« *La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité* » (Olievenstein, 1983, cité dans ANPAA, 2015, p.9).

Cette approche tripartite repousse l'idée qu'il existerait un facteur causal ultime dans l'addiction et propose une explication des rôles des différents facteurs d'influence dans les mécanismes addictifs. Il prend en considération le faisceau complexe des facteurs déterminants et inclut dans la réflexion aussi bien les causes individuelles que celles découlant du contexte social ou celles inhérentes à la substance. Sting et Blum (2003) proposent un schéma récapitulatif du modèle biopsychosocial des addictions, en complétant chaque type de mécanisme par des facteurs d'influences possibles :

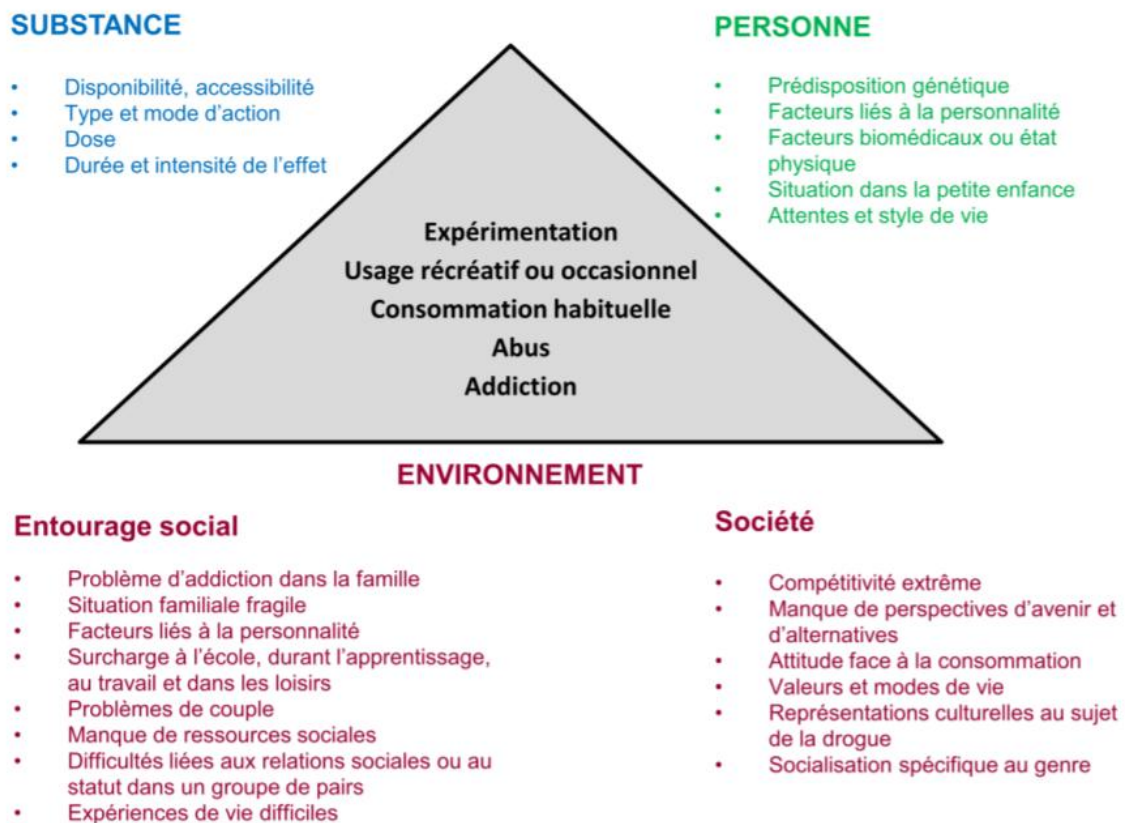


Figure 9 – Modèle biopsychosocial des addictions (Sting & Blum, 2003)

L'addiction est donc un phénomène qui fait intervenir des facteurs complexes relevant de sphères différentes :

- Des facteurs liés à la substance ou au comportement et leurs effets sur les déterminants neurobiologiques des individus ;
- Des mécanismes psychologiques et individuels où l'on retrouve les aspects relatifs au vécu des individus concernés (facteurs liés à la personnalité, biomédicaux, style de vie...) ;
- Des facteurs sociaux et sociétaux où le contexte peut participer à l'apparition du syndrome d'addiction en facilitant l'accès aux substances par exemple. Ces mécanismes sociaux établissent : « *un cadre qui fournit le système d'interprétation du monde, influencent le sens de l'expérience d'usage et participent à la maîtrise, à l'augmentation ou à l'arrêt des usages en lien avec la perception du risque, valorisé, estompé ou dénié* » (Morel, Couteron & Fouilland, 2015, cités dans Jouannic, 2018, p.17).

Bien qu'elles aient bénéficié des mêmes fondements théoriques basés sur les travaux d'Engel, l'approche descriptive et compréhensive se différencie l'une de l'autre par leur objectif. Contrairement au DSM-V ou à la CIM-11, la conception selon laquelle le syndrome d'addiction trouve ses sources au sein d'un modèle tri-varié, où il n'existe peu ou pas de prédominance particulière d'un facteur par rapport aux autres, est porteuse de questionnements. C'est ici la question de l'expérience, du vécu ambivalent et multifactoriel de l'individu qui est au cœur de la problématique, et non directement les conséquences qui peuvent être associées à la consommation.

2.2.2 Conduites addictives ou pratiques addictives ?

Les approches présentées précédemment ont donc permis d'appréhender la complexité et la variété des mécanismes et facteurs présents dans le développement du syndrome d'addiction. Cette prise de recul impliquait donc une réflexion sur les questions d'usage. En effet, l'usage d'une substance psychoactive n'étant pas toujours synonyme d'addiction, il était important de pouvoir définir des termes relatifs à la posture des individus dans l'usage de substances ou dans la pratique de comportements sans substances. Une première définition présente les conduites addictives comme :

« Des conduites de consommation impulsives et/ou répétées, susceptibles d'aboutir à la dépendance quels qu'en soient les déterminants. Elles concernent tous les sujets qui utilisent des substances psychoactives licites ou illicites, et même des addictions sans produits. Se distinguent :

- *les addictions successives (passage d'un produit ou d'un comportement à un autre sur des périodes variables) ;*
- *les associations de conduites addictives ;*
- *les addictions alternées avec consommation d'un produit, puis des addictions sans drogues, avec ou sans périodicité »* (Chevalier et al., 2015, p.3).

Le contenu de cette définition se rapproche assez fidèlement des propos évoqués dans les parties précédentes de notre travail. L'on retrouve des points liés à la dépendance sur les aspects de répétition ou d'impulsivité et des traits en lien avec la définition du terme « drogue », dont l'usage peut mener à une dépendance. Une légère différenciation est proposée sur différents aspects de ces potentielles

conduites addictives, où l'on retrouve plusieurs fois la notion d'addiction. Au regard de ce qui vient d'être présenté, il semble qu'il y ait peu de différence entre la conduite addictive et l'addiction elle-même. La plupart du temps, les ouvrages traitant du sujet ont tendance à les placer au même niveau (Lançon, 2008). L'on retrouve également cette absence de distinction sur les sites gouvernementaux :

« La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple) » (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

Il semblerait que la distinction entre addiction et conduite addictive ne soit pas toujours développée et précisée. Si tel est le cas, où réside l'intérêt d'utiliser plusieurs termes qui désignent un même phénomène ? Reynaud, Parquet et Lagrue (1999) sont partis du postulat qu'il était nécessaire de mettre en lumière les éléments qui caractérisent les comportements d'addiction. Ils indiquent dans leur travail que les déterminants des conduites addictives sont pluri-formes et que leur source est variée. Elle peut être génétique, biologique, psychologique, affective et cognitive. Ils indiquent également que les aspects culturels, économiques et environnementaux jouent un rôle prépondérant dans l'identification des conduites addictives (Reynaud, Parquet et Lagrue, 1999, p.6). L'on retrouve ici la conception du modèle biopsychosocial que nous évoquions précédemment. Cependant, les auteurs ont fait le choix de privilégier le terme de « pratiques addictives » qu'ils qualifient comme :

« L'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive, reposent sur les mêmes déterminants » (Reynaud, Parquet et Lagrue, 1999, p.7).

Cette définition des pratiques addictives trouve sa source dans les travaux de Parquet (1998) qui les définissaient déjà comme la totalité des comportements de consommation de SPA (usage, abus, usage nocif, dépendance...) ainsi que l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur mécanisme de fonctionnement ainsi que leur évolution par pérennisation ou interruption.

Cette conception est, selon les auteurs, empruntée à la sociologie et l'anthropologie afin de mettre en œuvre la multiplicité des comportements et de montrer qu'il s'agit bien de pratiques humaines comme peuvent l'être la pratique sportive ou sexuelle. Enfin, ils indiquent :

« 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 utilisée dans le même sens, mais qui tend à privilégier les mécanismes psychiques sous-jacents » (Reynaud, Parquet et Lagrue, 1999, p.7).

La distinction majeure entre pratique et conduite addictive résiderait donc dans l'importance donnée aux éléments centraux de chacun de ces termes : les conduites seraient plus relatives aux déterminants psychiques et les pratiques aux aspects sociaux. Sur la base de cette définition, nous pourrions alors considérer que les conduites addictives peuvent être définies de la même manière que les pratiques addictives, en considérant principalement les mécanismes psychiques qui s'y rapportent.

Éléments de conclusion

A travers la revue des différents termes proposés au sein de cette partie, nous avons pu comprendre que la « conduite addictive » se présente comme le fruit de l'évolution de la recherche sur la thématique des addictions. En effet, l'approche descriptive résultante des travaux menés au XX^{ème} siècle a permis de définir un ensemble de notions et de critères caractérisant les syndromes d'addiction et de dépendance. L'approche compréhensive a quant à elle développé ces notions pour les élargir au champ des sciences humaines et sociales, afin de les mettre en lien avec le champ de la médecine, et ce notamment via le modèle biopsychosocial. C'est via la conjonction de ces approches que le terme « conduite addictive » s'est visiblement développé, caractérisant ainsi les comportements de consommation de SPA pouvant potentiellement mener à l'addiction. La distinction de cette notion de celle des pratiques addictives proposée par Reynaud, Parquet et Lagrue (1999, p7) est intéressante car elle souligne les aspects psychiques existant au sein de ces conduites. A ce titre, les entretiens de contextualisation réalisés au début de ce travail évoquent cette question de l'implication des processus psychiques et psychologiques dans les addictions et les conduites addictives (cf. Partie I). Ce lien à

la fois théorique et pratique nous conforte donc dans le choix de conserver le terme de « conduite addictive » pour mener notre travail. Le manque de recherches réalisées sur leur définition et leur distinction avec d'autres termes relatifs au domaine lexical des addictions légitiment notre volonté de continuer à travailler sur ce terme et de questionner son sens.

Cet état des lieux a également contribué à définir notre cadre d'étude. En effet, nous avons pris la décision de nous centrer exclusivement sur la question de la consommation de substances psychoactives. L'étude et le diagnostic des addictions comportementales étant encore aujourd'hui nébuleux, leur inclusion au sein de notre travail représenterait un objet de recherche supplémentaire dont la complexité est non négligeable. Cette notion pourrait cependant constituer le cœur d'un futur travail de recherche. Cette étude étant portée sur l'interaction entre conditions de travail et consommation de SPA, il convient à présent de développer nos réflexions sur ce point.

3. Travail et consommation de SPA, relation(s) complexe(s)

Les premières observations étudiées entre travail et consommation de SPA remontent au milieu du XIXème siècle avec le traité de Louis Villermé (1840). Dans cet écrit, ce médecin dépeint l'état physique et moral des ouvriers de l'industrie du textile, et rend compte des conséquences liées à la consommation d'alcool :

« L'ivrognerie s'oppose à l'épargne [...] elle rend l'ivrogne paresseux [...] elle le dégrade, l'abrutit, délabre sa santé... » (Villermé, 1840, p.138).

Sans se confondre avec la forme des recherches épidémiologiques actuelles, ce traité marque une première étape dans l'appréhension de la consommation de substances en milieu de travail. Les propos stéréotypés et critiques rapportés par Villermé sont aujourd'hui remis en perspective. En effet, l'accroissement des connaissances sur ce sujet a permis l'appréhension de nouvelles formes de pathologies comme la dépendance, l'addiction, et plus actuellement les troubles liés à l'usage. Cette évolution a permis le développement de leur prise en charge. Malgré ces avancées, la thématique du lien entre travail et consommation de produits psychotropes reste un sujet complexe à aborder. Plusieurs éléments contribuent notamment à rendre difficile son étude.

Les perceptions entre santé et travail que nous évoquions plus tôt (cf. Liens entre santé et travail) se sont historiquement construites autour du lien entre « maladie et travail ». La cristallisation des représentations expertes qui en résultent se retrouve donc naturellement dans cette conception du lien entre consommation de psychotropes et travail. La revue des différentes notions de dépendance, addiction, usage etc., nous montre que le fait de consommer une SPA est lié presque systématiquement à la notion de pathologie. Or, la logique de promotion de la santé, qui s'est développée en France autour de la stratégie « d'empêcher » ou de « contrer » les conséquences négatives des conduites individuelles, a naturellement invoqué une logique de promotion de la modération ou d'abstinence de consommation (Lutz, 2017, p.193). Cette conception de la santé vient directement impacter la problématisation du lien entre consommation de substances et travail qui s'est développée dans les organisations professionnelles et les services de santé au travail. Le travail de recherche mené par Gladys Lutz évoque ce fait et explique qu'en plaçant la santé comme norme en opposition à la maladie, la problématique « addiction et travail » se construit autour de quatre idées principales :

- *« 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) » (Lutz, 2017, p.193)*

Nous pouvons souligner la responsabilité individuelle évoquée autour de ces quatre points. Ces derniers évoquent le fait que la consommation d'une substance reste un choix individuel ayant des conséquences pour autrui. L'aspect collectif est ici uniquement abordé sous l'angle de la responsabilité de celui ou celle qui consomme. Certes, la question du collectif – et notamment au travail – constitue une entité pouvant subir des atteintes liées au comportement de consommation d'un individu, au même titre que l'organisation toute entière :

« Dans tous les cas, les conduites addictives ne s'arrêtent pas à la porte des entreprises. En modifiant les comportements, elles touchent à la performance globale des organisations, à la santé au travail et aux relations collectives » (Czuba, 2017, p.28).

L'on comprend que cette problématique n'est donc pas réductible uniquement au travailleur qui consomme. Une consommation s'inscrit dans un environnement où de nombreux éléments vont se positionner en tant que facteurs d'influence ou de conséquence. Les conceptions du modèle biopsychosocial présenté précédemment nous le confirment : le syndrome d'addiction est la résultante d'une rencontre entre une substance, des facteurs individuels et des facteurs sociaux et sociétaux. Considérer les aspects qui gravitent autour du consommateur comme uniquement « victimes » de leur consommation semble réducteur au regard de ce modèle. Or, nous l'avons vu : les politiques de santé publique développées en France tendent à privilégier une approche individualisante de la maladie et conditionnent de ce fait leurs interventions. Aujourd'hui, cette logique tend à être remise profondément en question au regard des constats établis sur son efficacité :

« Pendant longtemps, le problème des conduites addictives a été regardé à tort uniquement dans son aspect individuel et personnel. Et, lorsqu'il était abordé en entreprise, le sujet n'était appréhendé que sous l'angle du règlement intérieur, de la faute disciplinaire voire parfois de l'inaptitude médicale » (Czuba, 2017, p.28).

Cette tendance à avoir recours exclusivement à des dispositifs judiciaires ou médicaux n'est-elle pas finalement un aveu de faiblesse de la part des politiques de santé et de santé au travail au sujet de la consommation de substances ? En effet, la France se distingue aujourd'hui par un nombre important de décès ou de pathologies liés à la consommation de SPA (Bensadon et al., 2013, p.3) et, nous le verrons par la suite, les pourcentages de consommation de certains produits sont en augmentation depuis plusieurs années. Il est donc légitime de porter un questionnement sur la fiabilité de cette orientation, et sur l'intérêt de développer un regard individualisant dans l'approche des consommations de SPA en milieu de travail. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) avait déjà souligné en 2013 le manque de projets de prévention sur la question :

« Les politiques de santé et de sécurité au travail n'ont pas identifié l'usage des substances psychoactives comme un risque spécifique pour l'activité

professionnelle, ce sujet suscitant a priori (au minimum) une réticence culturelle marquée (voire un déni ?) des partenaires sociaux à aborder la question des addictions au motif qu'il s'agit d'une question qui relève tout autant de la sphère privée » (Bensadon et al., 2013, p.4).

Il est nécessaire de l'admettre, s'intéresser à cette problématique n'est pas une démarche aisée car elle est soumise à de nombreux obstacles. La dimension culturelle intrinsèque à certaines substances comme l'alcool, ou encore le fait que cette problématique s'inscrive au croisement de la sphère professionnelle et la sphère privée, représentent deux exemples de poids qui rendent son appréhension difficile. Pourtant, les enquêtes statistiques sur la consommation de substances psychoactives (OFDT, 2017 ; 2018 ; 2019) placent souvent la France sur le podium des pays les plus consommateurs d'Europe.

3.1 Etat des lieux des consommations de substances au travail

Avant de s'intéresser particulièrement aux consommations de SPA en milieu de travail, nous proposons ci-dessous un bref état des lieux de la consommation des produits psychotropes les plus consommés en France : alcool, tabac, cannabis et médicaments. Cette brève revue sera mise en perspective au regard des données concernant le territoire européen. Afin de réaliser cette démarche, nous ferons appel aux études épidémiologiques menées par l'OFDT (2017 ; 2018 ; 2019).

3.1.1 Panorama des consommations France/Europe

3.1.1.1 L'alcool

L'alcool est en France, comme dans la quasi-totalité des pays européens, la substance psychoactive la plus consommée. Associé à la gastronomie et à la convivialité, inscrit dans la culture française, ce produit représente un poids économique non négligeable en dépit de la baisse de sa consommation. Le revers de cet aspect est celui des décès, des maladies et des autres dommages que son usage peut provoquer. En 2004 dans l'Union Européenne, l'alcool était responsable d'un décès sur sept chez les hommes et d'une femme sur treize chez les 15-64 ans, soit près de 120 000 décès prématurés. La France occupe une position intermédiaire pour la consommation d'alcool en Europe. D'après l'OFDT (2017), sur 19 pays européens, 85% des 18-64 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, ce qui place la France en 13ème position. En revanche, elle se situe en 6ème position parmi les pays où la proportion de consommateurs quotidiens

est élevée (13%). Avec une prévalence de 33 % d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) dans l'année, la France est proche de la moyenne européenne. Avec une consommation de 12 litres d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus, soit en moyenne 2,6 verres par jour et par habitant, le pays se classe au 15e rang des 28 États de l'Union européenne (UE). A l'heure actuelle, les usages quotidiens d'alcool qui avaient amorcé une baisse importante depuis les années 1960 se sont stabilisés. Il en est de même concernant les ventes qui restent nettement supérieures à ceux de tous les pays extra-européens (OFDT, 2019, p.48).

3.1.1.2 Tabac et e-cigarette

Le tabac, dont la nicotine est l'agent psychoactif majeur, est consommé sous différentes formes. La cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France. La cigarette électronique (ou e-cigarette/vapoteuse), qui ne contient pas de tabac, est un dispositif permettant d'inhaler un liquide aromatisé contenant ou non de la nicotine, chauffé par une résistance.

Au niveau Européen, la France se situe parmi les plus importants consommateurs de tabac. En effet, elle compte 33% de fumeurs quotidiens parmi les 15 ans et plus, contre 24% en Europe, ce qui la place au-dessus de la moyenne européenne (OFDT, 2017). Dès l'adolescence, la France, en 2015, se distingue par une prévalence de consommation de tabac plus élevée : 26% des 15-16 ans ont déjà consommé du tabac au cours du dernier mois contre 21% de moyenne des autres pays européens (The Espad Group, 2016). Néanmoins, via une remobilisation des pouvoirs publics avec le lancement du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT), de nouvelles mesures ont été mises en place pour lutter contre la consommation de tabac. Les dernières statistiques montrent une baisse sensible du nombre de ventes et donc de fumeurs, bien que la dynamique demande à être confirmée pour rejoindre les niveaux de prévalence des autres pays développés (OFDT, 2019, p. 164).

Concernant l'e-cigarette, son expérimentation était déclarée à 33 % pour les 18-75 ans, marquant une augmentation par rapport à 2014 (24). À l'inverse, les usages actuels et quotidiens sont en recul : parmi les 18-75 ans, 3,8 % l'utilisaient au moment de l'enquête. Les vapoteurs quotidiens représentaient 2,7 % des 18-75 ans en 2017 (OFDT, 2019, p.162).

3.1.1.3 Cannabis et cannabinoïdes de synthèse (CS)

Le cannabis est issu de la plante *Cannabis sativa*. Son principe actif est le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ 9-THC) dont les niveaux de concentration sont variables (Laqueille & Liot, 2012, p.46). Il est consommé pour ses effets euphorisants, désinhibants et relaxants. Comme d'autres produits psychoactifs, sa consommation peut s'accompagner de troubles psychiatriques (troubles anxieux et dépressifs, troubles psychotiques). Les cannabinoïdes de synthèse (CS) représentent une des familles de NPS les plus connues. Ils agissent sur les mêmes récepteurs neuronaux que le Δ 9-THC. Pour cette raison, les CS sont souvent présentés comme imitant les effets du cannabis.

Bien qu'en France son usage soit en recul chez les adolescents, ce dernier reste largement répandu. En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (39 %) (OFDT, 2018, p.1). Concernant les populations plus âgées, l'expérimentation de cannabis a amorcé une augmentation depuis les années 1990. Elle est passée de 33 % en 2010 à 45 % en 2017 chez les 18-64 ans.

La consommation européenne de cannabis est cinq fois supérieure à celle des autres drogues illicites et est de loin la plus importante. Depuis les années 2000, la France est le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'Union Européenne. En 2016, elle se situe en 1^{ère} position des pays européens. La proportion de consommateurs dans l'année est de 11% en France contre 7% en Europe (OFDT, 2019, p.119). Plus généralement, la France se situe à des niveaux comparables à ceux des États-Unis et du Canada qui comptent le plus de consommateurs au monde (Johnston et al., 2018 ; Rotermann et MacDonald, 2018 ; SAMHSA, 2017, dans OFDT, 2019, p.49).

Concernant les CS, leur consommation montre une certaine stabilité entre 2014 et 2017. Leur expérimentation concerne principalement les 18-34 ans (4.3%). Chez les jeunes, la consommation de cannabinoïdes de synthèse serait équivalente à la moyenne européenne (Spilka et al., 2016, p.4).

3.1.1.4 Médicaments psychotropes non opioïdes et antalgiques opioïdes

Les médicaments psychotropes non opioïdes regroupent plusieurs catégories de produits (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, antipsychotiques, psychostimulants...) ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale. La

consommation de ces derniers ne relève généralement pas de pratiques addictives. Elle est souvent impliquée dans le cadre d'automédications (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme). Leur usage peut cependant comporter des risques au regard du potentiel addictogène de certaines substances, ainsi qu'au niveau des effets qu'elles peuvent avoir sur l'organisme (vigilance, humeur...).

Les médicaments opioïdes sont définis comme :

« Des substances qui reproduisent les effets calmants de l'opium et de ses dérivés de synthèse, appelés opiacés. Ses effets sont les mêmes que ceux de la morphine » (Institut National Du Cancer, s. d.).

Globalement, le niveau de consommation de psychotropes non-opioïdes est en baisse (-6% entre 2012 et 2017). Sur le plan européen, la France occupe en 2015 la deuxième place face à l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède pour la consommation des benzodiazépines. Cette consommation représente 20 % de moins que leurs homologues en Espagne, mais cinq fois plus qu'en Allemagne, pays le moins consommateur (ANSM, 2017).

Concernant la consommation de médicaments opioïdes, rappelons qu'il existe en Europe cinq antalgiques opioïdes commercialisés : la codéine, le tramadol, la morphine, l'oxycodone et le fentanyl (ANSM, 2019, p.12). En 2017, l'antalgique opioïde le plus consommé en France est le tramadol, suivi de la codéine en association et la poudre d'opium associée au paracétamol. Viennent ensuite la morphine, premier antalgique opioïde fort, puis l'oxycodone pratiquement autant consommé que la morphine orale en ville, et que la morphine injectable en milieu hospitalier. Un élargissement des usages liés à des prescriptions pour des douleurs non cancéreuses a été constaté en 2017 pour ces substances (OFDT, 2019, p.137).

Conclusion

Les substances psychoactives font partie intégrante de notre société, qu'elles soient jugées licites ou illicites par les gouvernements qui se sont succédés. Partant de ce principe, il paraît cohérent de considérer que leur consommation se retrouve à l'intersection des vies professionnelles et personnelles des individus. La partie suivante propose d'établir une revue des études statistiques existantes sur la consommation de SPA en milieu de travail.

3.1.2 Esquisse d'un lien d'influence entre travail et conduites addictives

Avant tout, il est important de rappeler que l'emploi constitue globalement un facteur protecteur par rapport aux addictions et à la consommation de substances psychoactives en général (Palle, 2015, p.2). En effet, les niveaux de consommation concernant le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes, le cannabis, la cocaïne et l'ecstasy sont globalement plus faibles chez les personnes en emploi. Seule la consommation quotidienne d'alcool ne diffère pas significativement entre les deux groupes. Cependant, les écarts de consommation entre actifs et sans emplois se sont restreints entre 2005 et 2010, ce qui pourrait témoigner d'un accroissement des tensions dans le monde du travail dans un contexte de crise. Le milieu du travail n'est donc pas épargné par la consommation de psychotropes. La sphère professionnelle peut d'ailleurs jouer un rôle déterminant dans leur consommation (MILDECA, 2019). Comme nous l'avons fait au sein de la partie précédente, nous proposons ici une revue des statistiques concernant la consommation de différentes SPA chez les actifs occupés. A ce titre, le rapport de la cohorte CONSTANCES²¹ établi sur un échantillon de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans, repris par la MILDECA (2021) offre un récent panorama des consommations des actifs occupés.

3.1.2.1 L'alcool

Il existe une variété de modalités de consommation d'alcool, en milieu de travail comme dans l'ensemble de la population. Globalement, les hommes de 18 à 35 ans sont plus exposés aux consommations dangereuses et au risque de dépendance. Si l'on s'intéresse à la question de la catégorie socioprofessionnelle, les femmes cadres sont plus exposées aux consommations à risques d'alcool que les femmes des catégories « ouvrier », « employé », et « profession intermédiaire ». S'agissant des hommes, c'est au contraire les catégories « ouvrier » et « employé » qui sont les plus concernées par une consommation à risques d'alcool (MILDECA, 2021, p.6).

La pratique du *binge drinking* ou l'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) est une modalité de consommation correspondant à la consommation d'au moins 5 verres en une seule occasion (Spach & Pietri, 2018, p.637). Cette dernière est également constatée chez les actifs occupés. La classe d'âge des 18-35 ans est majoritairement représentée pour ce type de consommation. En effet, 11.4% des

²¹Constances est une cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans.

hommes et 5.1% des femmes de cette classe d'âge connaissent une API au moins une fois par mois. Par ailleurs, 25 % d'entre eux déclarent vivre ce phénomène entre une fois par mois et une fois par semaine et 14,3 % plus d'une fois par semaine (MILDECA, 2021, p.9).

Il est important de souligner qu'aucun secteur d'activité n'est épargné quant à la consommation d'alcool à risque. En effet, le Baromètre de Santé Publique France (2017) a permis de démontrer que l'ensemble des secteurs d'activité est concerné par la consommation de substances psychoactives dont l'alcool. La consommation à risque d'alcool est prépondérante dans les secteurs de l'agriculture, de la sylviculture, de la pêche, de la construction et des activités immobilières. Les API sont présentes dans ces mêmes secteurs d'activité ainsi que dans le secteur des arts, spectacles et activités récréatives pour les hommes. Concernant les femmes, le secteur de l'hébergement et de la restauration compte un plus grand nombre d'API (Santé Public France, 2017, p.4).

La consommation d'alcool chez les actifs occupés peut également être présente sur le lieu de travail. En effet, 11.7% des hommes et 9.1% des femmes ont déclaré le fait que consommer de l'alcool au travail faisait partie de la culture du milieu professionnel. Pour ces deux catégories, les milieux professionnels les plus propices sont la construction, l'hébergement et la restauration, les arts, spectacles et activité récréatives, le secteur de la pêche, de la sylviculture et de l'agriculture. Au sein des pratiques, nous pouvons retrouver une consommation d'alcool pendant le déjeuner, après le travail ou sur le temps de travail (hors repas et pots) (Santé Public France, 2017, p.7). Ce constat peut se rattacher au courant d'études ayant mis en avant le rôle de certaines cultures d'entreprise dans la consommation d'alcool (Walker & Bridgman, 2013 ; Frone et Brown, 2010 ; Ménard, 2006). En effet, ces derniers ont montré que la consommation des actifs occupés pouvait être influencée par l'attitude de l'entourage professionnel, tant au niveau des comportements que de la représentation liée au fait de consommer de l'alcool (Beck, Palle & Richard, 2016, p.21).

3.1.2.2 Tabac

A l'image de l'alcool, la consommation de tabac fluctue en fonction des tranches d'âge et des catégories socioprofessionnelles. Si la part des fumeurs diminue avec l'âge, l'intensité de leur consommation augmente (chez les hommes de

plus de 50 ans, ils sont plus de 33 % à fumer 20 cigarettes ou plus par jour contre 13% pour les 18-35 ans) (MILDECA, 2021, p.4).

En 2017, 31,8 % des hommes actifs occupés fument quotidiennement contre 26,5 % des femmes actives occupées. Parmi les hommes, la proportion d'usagers quotidiens de tabac est plus élevée dans les secteurs de la construction, de l'hébergement et restauration ainsi que dans les activités immobilières, et moins élevée dans l'information et communication, les activités spécialisées, scientifiques et techniques, l'administration publique et l'enseignement. Parmi les femmes, la proportion de fumeuses quotidiennes est supérieure à la moyenne dans le secteur de l'hébergement et restauration et inférieure à la moyenne dans l'enseignement. L'analyse selon les catégories socioprofessionnelles montre que la proportion de fumeurs quotidiens est moins élevée parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures pour les femmes comme pour les hommes (Santé Publique France, 2017, p.4).

En 2010 déjà, l'enquête Baromètre de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) montrait que plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2 %) déclaraient avoir augmenté leurs consommations à cause de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des douze derniers mois (Beck et al., 2013, p.43). Plusieurs études et enquêtes statistiques ont rapporté une interaction entre l'usage de tabac et les conditions de travail des consommateurs (Beck, Palle, Richard, 2016, p.21 ; Peretti-Watel et al., 2009, p.235).

3.1.2.3 Cannabis

Comme pour les autres produits psychoactifs (sauf pour les médicaments psychotropes anxiolytiques), les 18-35 ans sont les plus concernés par l'usage de cannabis (MILDECA, 2021, p.8). La proportion d'expérimentateurs de cannabis s'élève à 54.7% chez les hommes contre 40.2% chez les femmes. Cette consommation, comme pour les autres substances, varie en fonction des secteurs d'activité : elle est prédominante dans les secteurs de la production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné, de l'hébergement et restauration ainsi que des arts, spectacles et activités récréatives et inférieure dans les secteurs de l'agriculture, sylviculture et pêche, de l'administration publique chez les hommes. Concernant les femmes en emploi, la consommation est plus importante dans les secteurs de l'information et communication, des activités spécialisées, scientifiques

et techniques et des arts, spectacles et activités récréatives et inférieure dans les secteurs de l'agriculture, sylviculture et pêche, de l'industrie manufacturière et des activités des ménages. Ces éléments corroborent les données relatives à l'expérimentation du cannabis pour la globalité de la population française (OFDT, 2018, p.1). D'autres types d'activités tels que le transport routier, celle liée aux marins pêcheurs ou le secteur de la sécurité ont fait l'objet d'attentions particulières en raison des risques élevés associés à leur exercice. Une étude menée en France dans la région du Nord au début des années 2000 (Labat et al., 2008, p.92) faisait apparaître des niveaux nettement plus élevés de consommation de cannabis dans l'ensemble de la population pour le secteur transport et entreposage.

Cependant, il est important de souligner le fait que les données des grandes enquêtes statistiques, dans lesquelles les personnes sont interrogées sur leur consommation de SPA, puissent faire l'objet d'une possible sous-déclaration des usages. Dans quelques enquêtes ponctuelles les participants ont été interrogés sur leurs consommations et ont également été soumis à un test de dépistage. Dans l'étude déjà citée, menée en 2007 auprès de 1 900 marins civils, 14 % d'entre eux étaient positifs au cannabis à un test urinaire alors que seuls 4 % avaient déclaré en avoir consommé plus de 10 fois dans le mois (Fort et Bergeret, 2008, p.337).

Globalement, la consommation de cannabis chez les actifs occupés a évolué depuis le début des années 2010 (Beck, Palle & Richard, 2010, p.18). Les conditions de travail délétères semblent également avoir un impact sur l'usage du cannabis des actifs en emploi (*ibid*, p.22).

3.1.2.4 Médicaments psychotropes

Enfin, le niveau de consommation de médicaments psychotropes a eu tendance à se rapprocher entre les personnes en emploi et les demandeurs d'emploi entre 2005 et 2010 (Palle, 2015, p.10). Les résultats de la cohorte CONSTANCES montrent que 2,8 % des hommes et 4,9 % des femmes de la population active occupée, ont eu au moins une période de mésusage de médicaments psychotropes anxiolytiques sur la période 2009-2014 (MILDECA, 2021, p.9).

Le mésusage des médicaments psychotropes anxiolytiques est plus fréquent dans les catégories d'âge les plus élevées et il est environ deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Un lien de causalité a été établi entre mésusage et niveau socioéconomique (CSP, niveau d'éducation, revenus du foyer).

La prévalence du mésusage augmente graduellement en fonction de l'intensité du stress au travail (mesurée selon l'échelle de déséquilibre efforts-récompenses), quelle que soit la catégorie sociale concernée.

Les études menées spécifiquement auprès de salariés du secteur de la santé en France (Orset et al., 2011, p.177), aux États-Unis (Kenna et Wood, 2005, p.1026) et au Royaume-Uni (Raistrick et al., 2008) tendent à confirmer un niveau d'usage plus important de médicaments psychotropes ou certains médicaments contenant des opiacés, ce qui s'explique probablement par la facilité d'accès à ce type de substances.

3.1.2.5 Etude du lien entre facteurs du travail et consommation de substances

D'autres études se sont attachées à explorer le lien entre certains aspects encore plus précis des conditions de travail, parfois prises en compte dans les études sur le stress et les consommations de SPA. Une étude menée par les chercheurs de la cohorte CONSTANCES a souligné l'impact de l'exposition à un public potentiellement stressant (clients, patients, usagers des services publics...) sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis (Airagnes et al., 2018, p.11).

L'impact des horaires irréguliers sur la consommation de SPA a également été étudié. En effet, les heures de travail prolongées sont associées à une consommation d'alcool plus fréquente. Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande a montré que les heures de travail plus longues provoquent une augmentation de la consommation d'alcool avec un plus grand nombre de symptômes et maladies ainsi qu'un taux plus élevé de dépendance (Gibb & all., 2011, p.85). Le travail de nuit serait également mis en cause dans la consommation de substances psychoactives. Niedhammer & al. (2010, p.155) ont montré que les hommes travaillant de nuit ont une consommation plus élevée que ceux travaillant de jour. L'exposition à des situations dangereuses et à des conditions météorologiques extrêmes au travail peut également jouer un rôle dans la consommation de substances psychoactives selon l'observatoire espagnol des drogues (Spanish observatory on drugs, 2011 cité dans Palle, 2015, p.7). Dans cette même étude, les femmes exposées à des substances chimiques faisaient usage de psychotropes de manière significative. D'autres aspects organisationnels tels que la répétitivité, le manque de stimulation et l'insatisfaction ressentie dans le cadre d'une activité de travail peuvent affecter la consommation de tabac et d'alcool (Legleye & al., 2011, p.228).

Enfin, les composantes sociales du monde du travail semblent également avoir une influence sur la consommation de SPA. La nature des relations entretenues avec les collègues ou la hiérarchie, situations de harcèlement, intégration au sein du collectif de travail... ces éléments sont autant de situations qui peuvent potentiellement avoir un impact sur l'usage de psychotropes (Niedhammer et al., 2010, p.156 ; Frone & Brone, 2010, p.531 ; Marchand, 2008, p.7 ; ISTNF, 2013).

Conclusion

Ce vivier d'enquêtes épidémiologiques et de recherches permet d'affirmer que la consommation de SPA se situe bien à l'interface entre la vie professionnelle et la vie personnelle des personnes en emploi. Elles permettent de légitimer la pensée selon laquelle la consommation peut être liée à la fois à des aspects intra-individuels comme des aspects environnementaux, dont le milieu de travail. Par la recrudescence des données sur cette thématique, ces enquêtes renforcent également la pertinence du modèle biopsychosocial de l'addiction évoqué dans les parties précédentes. Les facteurs sociaux et sociétaux ont donc un rôle prépondérant dans le développement ou l'aggravation du syndrome d'addiction. Destinés à souligner l'importance de la prévention sur les usages, les chiffres présentés permettent donc la reconnaissance de la consommation de substances chez l'ensemble des catégories socioprofessionnelles et milieux de travail. Malgré tout, la reconnaissance du lien entre usages de SPA et travail reste un sujet complexe, difficile à aborder et à conceptualiser. Sur cet aspect, la production de données chiffrées n'est pas suffisante pour comprendre les logiques de ce lien entre conduites addictives et travail (Lutz, 2015, p.15). Il est nécessaire de proposer des modèles de production de connaissances théoriques autour de cette thématique de recherche.

3.2 Production de connaissances autour du lien « Travail et Consommation de SPA »

Les enquêtes statistiques développées dans la partie précédente montrent un réel enjeu de santé publique et de santé au travail. Par leur constat, elles ont sans doute contribué à l'éveil et au renforcement de l'intérêt de produire des connaissances théoriques sur le sujet. A l'heure actuelle, plusieurs auteurs ont investigué ce champ de recherche afin de proposer des modèles de problématisation, associant les logiques de consommation et leur représentation aux liens existants établis en santé au travail.

Maranda et Morissette (2002, cités dans Crespin, Lhuillier et Lutz, 2017, p.23) proposent quatre modèles de problématisation. Ces derniers insistent sur l'intérêt de se questionner sur la source du problème dans la survenue d'un usage à risque ou d'une addiction, lorsque cela impacte le milieu de travail. Etablir une réflexion sur cette notion implique également la question de la responsabilité : est-elle partagée ? Ou seulement imputable au consommateur ? Le modèle que nous présenterons ci-après propose quatre types d'explication pour rendre compte de cette problématique.

3.1.3.1 « L'employé problème » :

Cette approche considère que le salarié constitue le centre de la problématique de par son attitude. Tantôt qualifié de rebelle, de déviant voire de malade, il incarne son propre facteur influençant son rapport à la substance ou au comportement et sa qualité de vie au travail, en tout état de conscience. Un ensemble de facteurs intrapersonnels peuvent être mis en lien avec cette situation : faible estime de soi, sentiment d'impuissance, impulsivité... Aucune remise en question du système organisationnel n'est envisagée. Les alternatives possibles doivent être tournées exclusivement vers l'individu : soin, réadaptation, punition... (Maranda & Morissette, 2004, p.156).

3.1.3.2 « La relation employé-travail problème » :

Ce cas de figure est né d'un croisement entre des principes relatifs à la psychologie du comportement et de psychosociologie (Maranda, 2017, p.27). D'une part, des éléments perturbateurs proviennent de facteurs extraprofessionnels (cf. « Employé problème »), et d'autre part, le travail devient également source de problématiques. Au sein de cette relation, la remise en question de l'organisation du travail reste en retrait. En effet, l'individu reste la cause principale du développement de la consommation abusive d'une substance et le contexte professionnel témoigne d'un lieu où les troubles adaptatifs de celle-ci prennent forme. L'alcool serait un moyen de s'adapter à la tension engendrée par les contraintes de travail ou de l'évacuer (Schnall et al., 1994, cité dans Maranda et Morissette, 2002, p.156).

3.1.3.3 « La culture-problème » :

Les pratiques de consommation sont au cœur de cette approche. Elles vont avoir une influence sur le travail, la sociabilité et le style de vie de la personne concernée. Ici, ce sont les traditions qui jouent un rôle dans les pratiques socioprofessionnelles. A ce titre, les auteurs qui dépeignent ce modèle citent le fait

que « *l'alcool joue un rôle de ciment sociologique pour sceller les ententes...* » (Maranda, 2017, p.30). Ce propos corrobore les éléments précités dans le cadre de la revue des enquêtes épidémiologiques concernant l'alcoolisation sur le lieu de travail, en lien avec le processus d'identification à l'entreprise. Pour aller plus loin, il est également considéré le fait que des professions ayant des conditions de réalisation particulières (travail posté, fortes exigences, individualisation...) vont avoir tendance à limiter la socialisation par ces pratiques de consommation. De ce fait, l'usage de substances devient un utilitaire à la performance et non plus au processus d'intégration. Les auteurs soulignent que l'apparition de nouvelles substances et la modernisation des pratiques de consommations influencent également l'usage de SPA.

3.1.3.4 « Le travail-problème » :

Enfin, la dernière approche trouve essence dans l'augmentation des études, qui considèrent les situations professionnelles comme ayant un rôle certain sur la propension à avoir recours à des SPA (Beaud et al., 1990 ; Muntaner et al., 1995 ; Härma et al., 1998). Comme il l'a été précité, des enquêtes sur les conditions de travail extrêmes (températures, horaires de travail...), sur l'accessibilité aux substances, ou encore des professions impliquant un éloignement du domicile voient le jour et permettent de remettre en question les facteurs organisationnels du travail. A cela s'ajoute l'apparition de nouveaux modes d'organisations, qui seront sources de processus de réalisation du travail où le surinvestissement émotionnel apparaît. Ces derniers vont *a fortiori* nourrir l'émergence des risques psychosociaux faisant appel à l'affect de chacun. Néanmoins, il est nécessaire de préciser que peu d'interventions ont été développées selon cette vision, car l'approche déterministe considérant les individus comme responsables est encore ancrée dans les représentations (Maranda et Morissette, 2002, p.157).

Ces quatre modèles de problématisation proposent une approche multifactorielle du lien entre consommation, travail et individu. Des modèles de typologies des usages de SPA et de facteurs professionnels pouvant influencer les usages ont été développés à partir de ces derniers.

Ainsi, on retrouvera principalement deux facteurs principaux d'influence qui ont été mis en avant dans les années 1990 :

- La culture professionnelle et l'aliénation (Ames & Janes, 1992 ; Ames & Grubb, 2000) : ces études ont été pionnières dans la démonstration d'une relation significative entre l'accès à d'alcool et la consommation au travail. Elles ont également mis en avant l'impact culturel des mécanismes sociaux en lien avec la culture de l'entreprise sur la consommation d'alcool ;
- L'accessibilité des substances est également mise en cause dans la consommation de substances sur le lieu de travail (Trice et Stonnenstuhl, 1990, p.207).

Ces travaux ont été repris dans le but de les approfondir et de compléter ces premières approches avec d'autres facteurs professionnels pouvant influencer les usages de SPA. Lutz et Cleren (2013, p.265) proposent une nouvelle typologie articulée autour de six classes de facteurs professionnels :

- Les tensions psychiques relatives aux aspects internes des travailleurs et aux sentiments d'estime de soi, de souffrance, d'isolement ou encore aux questions d'éthiques et de morales... ;
- Les tensions physiques qui peuvent être mises en lien avec les aspects organisationnels du travail (temps de travail, horaires, température...) et directement liés à l'exécution de tâches (douleurs, troubles musculo-squelettiques...);
- Les pratiques culturelles socialisantes faisant écho aux travaux cités précédemment, concernant les aspects sociaux inscrits dans la culture d'entreprise (bizutage, relation aux collègues ou à la hiérarchie...);
- La précarité professionnelle relative au statut, à la rémunération, à l'emploi... ;
- La disponibilité et l'offre des produits liées au milieu professionnel que nous évoquions juste avant ;
- La pauvreté des liaisons sociales qui regroupe plusieurs aspects des classes cités ci-dessus. On retrouve ici la question du manque liée à divers déterminants : manque de relations, manque de supervision, manque de stimulation sociale...

A cette typologie, les différents auteurs ont également proposé une typologie des usages dans un but professionnel (Lutz et Cleren, p.266). On retrouve alors

quatre facteurs d'usages professionnels qui peuvent également être mis en lien avec les six classes citées précédemment :

3.1.3.5 Les usages culturels

Les usages culturels peuvent être mis en lien avec les travaux de Ames et Janes (1992) ou Ames et Grubb (1999) sur les usages d'alcool en entreprise. Ils sont définis par Lutz et Cleren comme :

« *Les usages d'alcool de type gastronomique, festif et convivial ; ouvertement liés à la vie sociale et culturelle de l'entreprise (pots, déjeuners d'affaire, fête de Noël, vie des salariés...) ou plus clandestins (casse- croûte au poste, apéritifs et pots d'équipe...)* » (Lutz & Cleren, 2013, p.265).

De par cette inscription dans une logique culturelle, les risques associés à ces usages sont donc masqués au profit du bénéfice des usages sur les aspects sociaux du travail.

3.1.3.6 Les stratégies individuelles et collectives de défense

Ces stratégies sont développées dans des situations qui peuvent s'avérer stressantes dans la durée. L'individu vivant cette situation va moduler son état émotionnel en réponse à son environnement. Il pourra alors éventuellement mettre en œuvre des solutions pour supprimer la situation anxiogène ou travailler sur sa réaction afin de réduire le sentiment de stress (Lutz & Cleren, 2013, p.266). Or, c'est lorsqu'aucune de ces alternatives n'est envisageable que la consommation de SPA peut être utilisée comme stratégie de réponse à l'environnement. Dans une logique de réduction de l'état de stress ou des sentiments de peur et d'anxiété en lien avec une situation jugée stressante, les usages de SPA deviennent un levier permettant de maintenir son activité. Au même titre que les usages culturels, ces stratégies de réponse ont tendance à être occultées au détriment du sentiment de sécurité fourni par l'usage de psychotropes.

3.1.3.7 La dépendance

Les auteurs explicitent que l'individu dépendant, lorsqu'il bénéficie d'un accompagnement adapté dans le traitement de son addiction, peut avoir une meilleure maîtrise des risques et des dommages liés à sa consommation de substances (Lutz & Cleren, 2013, p.267).

3.1.3.8 La conduite dopante

Le principe de conduite dopante a été initié par les travaux de Patrick Laure (2001), médecin et sociologue français. Ce dernier les définit comme :

« *Un comportement de consommation de produit pour affronter un obstacle réel ou ressenti par l'usager ou par son entourage dans un but de performance* » (Laure, 2001, p.59).

La conduite dopante est alors caractérisée par une consommation qui peut être relative aux critères définis plus tôt : usage, abus et dépendance (cf. Drogues et SPA : quelques éclaircissements). La conduite dopante est également liée à la question de la performance qui outrepassé le cadre sportif, dans lequel l'opinion commune a pour habitude de restreindre le recours au dopage. Enfin, la notion d'obstacle est également caractéristique de la conduite dopante. Il peut être pluri-forme en fonction des contextes, réel (épreuve, examen, entretien, problème technique etc.) ou ressenti par l'individu. Cette notion sera reprise dans les publications de la MILDECA (2015) et de l'INPES (2008) pour expliciter le fait qu'elles s'apparentent à l'effort d'un sujet pour faire face à des tensions. Ces dernières peuvent être d'ordre psychologique ou physique et sont cognitivement coûteuses.

Enfin, Penneau-Fontbonne et al. (2006) proposent d'organiser les usages de SPA en milieu professionnel en trois catégories selon leur origine :

- Les mécanismes d'importation correspondent à des consommations dans la vie privée initialement et débordant secondairement dans le cadre du travail.
- Les mécanismes d'acquisition sont liés à des consommations à l'occasion de pots d'entreprise, de repas d'affaires et inscrites dans la culture du métier, favorisant initialement le lien social et la production.
- Enfin, dans les phénomènes d'adaptation, les consommations ont une visée stratégique pour faire face aux contraintes et stress professionnels ou une visée dopante pour répondre à de fortes exigences technico-économiques.

Éléments de conclusion

Nous l'avons compris, les usages de SPA n'appartiennent pas uniquement à la sphère personnelle des individus. Les enquêtes relatées ici et le développement de différentes typologies proposent de donner un rôle plus important au monde du travail dans les facteurs d'influence de consommation. Les usages de SPA peuvent être multifonctionnels dans ce cadre professionnel. En servant à répondre aux exigences de performance et d'efficacité, à supporter des conditions de travail vécues comme intenable, à se conformer aux prescriptions, à préserver l'image de soi, à masquer les difficultés rencontrées, à calmer la douleur et endurer la pénibilité, ils deviennent outils autant qu'épées de Damoclès du fait de leurs impacts physiques et psychologiques.

Ces travaux montrent donc que, au-delà d'une seule recherche de performance, les usages de SPA peuvent être inscrits dans des processus collectifs et individuels de défense. Les travailleurs sont amenés à faire appel aux SPA comme ressources pharmaco-chimiques pour atteindre leurs objectifs, garder leur emploi et paradoxalement maintenir une forme d'état de santé.

Synthèse du chapitre

L'addiction et plus largement la consommation de substances des grandes préoccupations du XXIème siècle en matière de santé. Ces thématiques soulèvent de nombreux questionnements terminologiques, au même titre que les notions de « travail » et de « santé » abordés précédemment. Notre volonté de travailler sur le lien que les usages de SPA entretiennent avec le milieu de travail intègre cette envie de contribuer au développement des connaissances issu de ces questionnements. Le développement théorique proposé ici nous a permis d'appréhender l'importance que revêtissent les substances psychotropes et leur usage dans notre société. Les recherches menées dans différents domaines ont permis d'initier l'idée que la problématique de consommation de SPA et la pratique de comportements ne se situe plus là où elle est peut-être encore trop envisagée : du côté des approches exclusivement biomédicales ou psychiatriques (Battaglia & Décamps, 2010, p.259). Aborder le caractère multidimensionnel de la consommation de substances via sa conception biopsychosociale semble être aujourd'hui incontournable pour comprendre les processus inhérents aux conduites addictives. L'apparition exponentielle de nouvelles substances, l'échec global des campagnes juridiques de prévention/prohibition (Costes, 2013, p.13), et la subsistance des approches individualisantes (Lutz, 2017, p.108) génèrent aujourd'hui la volonté de développer de nouvelles approches. Les travaux réalisés en psychodynamique et en clinique de l'activité (Lutz, 2017 ; Crespin & al., 2017 ; Rolo & Dejours, 2015) proposent l'idée selon laquelle la consommation de SPA peut être une ressource pour le travailleur afin de maintenir son activité et de préserver sa santé.

Les conduites addictives seraient donc une variable d'ajustement au réel permettant de pallier la carence de ressources collectives nécessaires à l'organisation du travail. Ce postulat est intéressant et l'ouverture d'esprit qu'il souligne mérite d'être retenue et développée sous un angle nouveau. En effet, dans une société où la perception des liens entre santé et travail sont de plus en plus complexes (Lhuillier, 2010, p.33), proposer un éclaircissement des pratiques de prévention des usages de SPA en milieu de travail du point de vue de la psychologie du travail semble intéressant.

Dans cette optique, s'intéresser aux représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail sur cette thématique du lien entre travail et conduites addictives nous paraissait être un premier axe prometteur, inscrit dans une logique de compréhension des mécanismes de prévention. Nous proposons dans le chapitre suivant d'aborder la question des représentations professionnelles en tant qu'outil de lecture du réel. Nous reviendrons brièvement sur leur origine en abordant les grands principes des représentations sociales avant d'explicitier l'intérêt de leur exploitation dans notre travail.

III. CHAPITRE III – LES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES : SOURCE DE CONNAISSANCES PRATIQUES ?

Ce chapitre est dédié à présenter l'intérêt que nous portons envers la théorie des représentations professionnelles, issues des représentations sociales. L'objectif principal de cette partie est de définir leur rôle dans un contexte professionnel. En effet, nous concevons l'idée que les représentations professionnelles peuvent constituer une clé de lecture non négligeable pour comprendre la façon dont les acteurs du monde de la santé au travail conçoivent les liens entre conduites addictives et travail. Afin d'appréhender au mieux cette théorie, il est nécessaire de rappeler quelques éléments de synthèse du concept dont elles sont issues : la théorie des représentations sociales. Nous expliciterons également l'intérêt de faire appel à la théorie du noyau central (Abric, 2016) afin de faire émerger les représentations professionnelles.

1. Les représentations sociales, éléments théoriques

1.1 Origine du concept des représentations sociales

Formulée par Serge Moscovici (1961), la théorie des représentations sociales constitue un cadre de référence riche en sciences humaines et sociales. Suite à cette formulation initiale, diverses contributions ont permis de préciser la connaissance de ces représentations. Les définir n'est pas une démarche aisée. Moscovici dans son ouvrage : *La psychanalyse: son image et son public* (1961) nous informe de la complexité qui habite le concept des représentations sociales :

« *Si la réalité des représentations sociales est facile à saisir, le concept ne l'est pas* » (Moscovici, 1961, p.39).

En effet, les théories des représentations sociales sont aujourd'hui alimentées par un nombre important de publications scientifiques qui ne cesse d'augmenter depuis la fin du XXème siècle. Ce fait rend donc difficile la proposition d'une définition univoque et consensuelle. Nous exploiterons ici les éléments qui auront notamment contribué à la genèse des représentations professionnelles.

Nous l'avons brièvement cité au début de notre travail (cf. La santé comme objet construit d'une pensée sociale), Emile Durkheim initie en 1898 le concept des représentations collectives comme des éléments partagés par une société, stables et

résistant à l'épreuve du temps contrairement aux représentations individuelles. Il écrit à ce propos :

« Si l'on peut dire, à certains égards, que les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours ; ce qui est bien différent. Sans doute, dans l'élaboration du résultat commun, chacun apporte sa quote part ; mais les sentiments privés ne deviennent sociaux qu'en se combinant sous l'action des forces qui génèrent que développe l'association ; par suite de ces combinaisons et des altérations mutuelles qui en résultent, ils deviennent autre chose » (Durkheim, 1898, p.17).

Les apports de Durkheim ont permis de mettre en lumière le fait que les représentations collectives font effectivement partie de notre société. Cependant, dans la façon dont elles ont été définies par l'auteur, elles seraient propres à chaque groupe social. Or dans ce cas de figure, il n'existe pas de justifications quant aux différences de représentations d'un groupe social à un autre au sein d'une même société. En 1961, sur la base des travaux de Durkheim, Serge Moscovici propose le concept de représentations sociales. La définition qu'il proposera de ce concept intègre alors l'idée qu'une société puisse être composée de groupes sociaux dont les représentations d'un objet peuvent être différentes (Déjeans, 2015, p.1). Par son travail, Moscovici initie une véritable psychologie sociale des représentations qui sera enrichie par les travaux de nombreux chercheurs.

Ainsi, l'on retrouvera plusieurs définitions des représentations sociales dans la littérature scientifique du XX^{ème} siècle. Pour la psychosociologue Denise Jodelet, elle peut être définie comme :

« Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1984, p.357).

Jean-Claude Abric, dont les travaux constitueront un aspect important de notre recherche, considère que la représentation sociale est :

« Un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation » (Abric, 2003, p.55).

Ces différentes définitions permettent une meilleure appréhension de ce qu'incarnent les représentations. Mais quelles-peuvent être leur(s) fonction(s) ? Et dans quelle logique ces dernières sont-elles fondées ? Afin de comprendre les fonctions de ces représentations, il nous paraissait pertinent de présenter brièvement les conditions nécessaires à leur naissance.

1.2 Genèse et formation des représentations sociales

Roussiau et Bonardi (2001, p.20) reprennent les travaux de Moscovici pour énoncer trois conditions pouvant concourir à la genèse d'une représentation sociale :

1. La dispersion de l'information concernant l'objet de représentation. Cette dernière permet la constitution d'un savoir social mouvant issu de la compilation de connaissances indirectes et partielles ;
2. La focalisation d'un groupe d'individus ou d'un individu témoignant de l'intérêt et de l'investissement sur un ou plusieurs éléments de l'objet de représentation ;
3. La pression à l'inférence opérée par un ensemble d'individus. Cette pression implique un processus de prise de position chez chaque membre d'un groupe social afin de bénéficier d'une reconnaissance mutuelle et de favoriser l'intégration au sein du collectif.

Au-delà de ces conditions nécessaires à la genèse représentationnelle, il faut préciser que tous les objets ne sont pas sujets à l'émergence d'une représentation sociale. Pour Pascal Moliner (1993, cité dans Pianelli et al., 2010, p.245), cinq critères supplémentaires doivent être pris en compte pour qu'un objet soit considéré sous l'angle des représentations sociales.

1. Les objets de représentation ont tous en commun le fait d'être polymorphes, c'est-à-dire qu'ils peuvent apparaître sous différentes formes dans la société. Cet aspect facilite l'appropriation subjective de certains traits de l'objet concerné par un groupe social ;
2. Il convient également de considérer les caractéristiques du groupe s'appropriant l'objet via la représentation sociale. Moliner distingue deux types de groupes selon leur position par rapport à l'objet :
 - La configuration structurelle qui impute aux groupes sociaux dont la représentation participe à leur naissance ;

- La configuration conjoncturelle relative aux groupes dont les objets de représentation interviennent suite à leur constitution.
3. Si l'objet de représentation est important pour les membres du groupe, c'est qu'il est porteur d'un enjeu. Pour Moliner, les enjeux s'articulent autour de l'identité du groupe qui passe par l'identité psychosociale des individus qui le composent ;
 4. Les enjeux précités se dévoilent dans l'interaction du groupe avec d'autre groupe. Cette notion implique que l'objet de représentation est systématiquement inscrit dans une dynamique sociale. C'est en cherchant à s'accaparer l'objet social, à le définir et à se l'approprier que cela va engendrer, entre autres, l'apparition de la représentation sociale ;
 5. L'absence d'orthodoxie constitue la cinquième condition. Un système orthodoxe est considéré comme un ensemble d'individus régis par une instance qui contrôle et diffuse les conduites (Moliner et al, 2002, p. 31). Ainsi, les processus représentationnels ne peuvent se constituer. Le système orthodoxe favorise principalement la production idéologique ou scientifique (Moliner, 1996, p.46).

Traditionnellement, les représentations sociales sont opposées à la pensée logico-scientifique qui se traduit le plus souvent par un raisonnement hypothético-déductif (Lo Monaco & Lheureux, 2007, p.56). A titre d'exemple, l'émergence du SIDA dans la société occidentale a fait l'objet de nombreux travaux en sciences humaines et sociales sur la question des représentations (dont Apostolidis, 1998 ; Moatti et al., 1989 ; Labra & Lacasse, 2015). La majeure partie de ces recherches s'accordent à révéler que l'existence d'une information vérifiée scientifiquement ne contribue pas toujours au changement de conduite (Marquet et al., 1998), et que la connaissance n'est pas toujours génératrice de changement (Moatti et al, 1989, p.231). Les représentations sociales semblent donc se constituer comme un système de pensée singulier résistant parfois aux faits scientifiques avérés :

« Les croyances décalées du savoir médical, concernant les conditions de la transmission du VIH, jugées dangereuses selon les critères épidémiologiques, semblaient se maintenir contre tout. Selon les résultats de diverses recherches, les gens ne changent pas de comportement tant qu'ils considèrent que le sida est la

maladie qui touche « l'autre » et qu'ils n'en sont pas concernés » (Papathanasiou, 2011, p.74).

Les représentations sociales bénéficient donc d'un système de formation et de fonctionnement qui leur est propre. A ce sujet, les travaux de Moscovici (1971 ; 1976) mettent en lumière deux processus caractéristiques de la formation et du fonctionnement des représentations sociales : l'objectivation et l'ancrage.

(1) Le processus d'objectivation permet aux individus d'associer une image tangible à une signification, de matérialiser la signification pour faciliter son assimilation. Se forme alors un modèle ou noyau figuratif :

« Les informations retenues s'organisent en un noyau simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes » (Rouquette & Rateau, 1998, p.32).

Le noyau figuratif prend un statut d'évidence et devient la réalité même pour le groupe considéré. C'est autour de lui que se construit l'ensemble de la représentation sociale.

(2) Le processus d'ancrage quant à lui permet de donner du sens aux nouvelles images constituées. C'est un processus de familiarisation construit via la mise en relation entre les systèmes de pensées et les nouveaux éléments d'une représentation (Dias et al., 2020, p.1).

En définitive, les processus d'objectivation et d'ancrage sont les fonctions premières des représentations sociales (Pfeuti, 1996, p.10). L'objectivation facilite la communication et l'ancrage permet une classification des nouveaux éléments dans notre système cognitif. Lorsque ces deux phases sont opérantes, le groupe parvient à définir un langage commun et exclusif qui lui permet de préserver son identité sociale. Le psychologue Jean-Claude Abric considère alors que la formation de représentations sociales s'inscrit comme un système singulier de lecture du réel. Grâce à des mécanismes d'appropriation et de transformation offerts par les processus précités, les groupes sociaux appréhendent et ordonnent les liens entre leur représentation et leur environnement social. Ce sont les représentations qui auront vocation à guider les actions et les relations entre groupes d'individus (Abric, 1994, p.13). Les recherches scientifiques ayant développé la notion de

représentation sociale ont permis de faire émerger d'autres finalités qui leur sont propres.

1.3 Fonction des représentations sociales

Les représentations sociales remplissent plusieurs fonctions. Pour Moscovici (1976, cité dans Lo Monaco & Lheureux, 2007, p.58), elles permettent aux individus d'avoir accès à des croyances communes aidant à leur compréhension mutuelle lors de leurs interactions. Les travaux de Jean-Claude Abric (1994, p.15) mettent en exergue quatre fonctions essentielles relatives aux représentations sociales :

- Une fonction de savoir : les représentations sociales des acteurs sociaux sont dotées d'un savoir qui leur permet de comprendre et d'expliquer l'environnement physique ou social qui les entourent, afin d'orienter en conséquence leurs pratiques sociales ;
- Une fonction d'orientation : les représentations sociales permettent d'anticiper et d'orienter une action en fonction des expériences acquises ;
- Une fonction identitaire : les représentations sociales situent des individus ou des groupes dans un champ social et vont leur permettre de définir leur identité sociale ainsi que la cohésion d'un groupe ;
- Une fonction de justification : les représentations sociales vont permettre, a posteriori, de justifier et d'expliquer les choix et les actions des individus.

Globalement, les représentations sociales se présentent comme un support aidant à la réflexion, mais aussi comme facilitateur des interactions sociales. Elles permettent également un guidage dans l'action notamment grâce à leur présence continue, en amont et en aval de l'action réalisée. Elles contribuent également dans une certaine mesure à renforcer l'identité sociale des individus d'un groupe.

Par les fonctions que nous venons d'explicitier brièvement, il est donc possible d'avancer le fait que les représentations sociales possèdent un caractère sociocognitif affirmé. Si l'on s'intéresse désormais à leur structure, la recrudescence de travaux scientifiques sur les représentations sociales ont fait émerger trois approches distinctes :

- L'approche sociogénétique dont nous avons présenté les grandes lignes via les travaux de Moscovici. C'est avec ses recherches qu'il intègre la théorie des représentations sociales dans le champ de la psychosociologie française ;

- L'approche sociodynamique de l'école de Genève portée par les travaux de Willem Doise. A partir du processus d'ancrage développé par Moscovici, l'auteur propose un modèle théorique où il considère les représentations sociales comme des principes générant une prise de position vis-à-vis d'un objet. Ces prises de positions sont liées aux expériences des individus et à leur appartenance à un groupe. Elles évoluent également à travers les rapports sociaux (Doise, 2003, p.125) ;
- L'approche structurale de l'école Aixoise souvent représentée par les travaux de Jean-Claude Abric.

Nos travaux seront essentiellement guidés par cette approche dont nous proposons d'investiguer les déterminants ci-après.

1.4 L'approche structurale et la théorie du noyau central

Les travaux de Jean Claude Abric (1987, 1994) ont permis de développer une approche conceptuelle particulièrement axée sur l'étude de la structure interne des représentations sociales. En effet, ses recherches étaient articulées autour du principe selon lequel la compréhension d'une représentation doit passer par l'analyse de son contenu et de sa structure (Abric, 1994b, p.19). Cette approche s'appuie sur les notions de « noyau central », élément déjà initié par Moscovici sous l'appellation de « noyau figuratif », et de « système périphérique » (Salesses, 2005, p.25).

1.4.1 Le noyau central

Le noyau central peut être défini comme :

« Tout élément qui joue un rôle privilégié dans la représentation en ce sens que les autres éléments en dépendent directement car c'est par rapport à lui que se définissent leur poids et leur valeur pour le sujet » (Abric, 1987, p. 65, cité dans Lo-Monaco & Lheureux, 2007, p.58)

Le noyau central est constitué de deux fonctions principales :

1. Une fonction génératrice qui attribue une signification à la représentation. Il est donc l'élément principal par lequel se crée le sens des autres éléments constitutifs de la représentation ;

2. Une fonction organisatrice qui a pour but de déterminer la nature des liens existants entre les éléments de la représentation (Abric, 2011, p.28).

Dans la continuité de cette théorie, d'autres travaux ont cherché à décrire les dimensions cognitives inhérentes aux représentations sociales. Abric (1994) propose l'idée selon laquelle le noyau central serait doté d'une dimension normative ou évaluative. Les éléments qui le composent seraient donc constitués par une valeur sociale, une norme ou un stéréotype en fonction de l'objet de la représentation. Cette fonction aurait notamment pour but de pouvoir développer un jugement.

Adjacent à cela, une dimension fonctionnelle, ou descriptive, serait également présente. Cette dernière est incarnée par les éléments centraux dans la réalisation de tâches ou d'actions :

« Ils constituent le cadre de référence des pratiques sociales et des pratiques opératoires et organiseraient les conduites à adopter vis-à-vis de l'objet en définissant les « pratiques légitimes » que les individus doivent mettre en place lorsqu'ils sont confrontés à l'objet » (Salès-Wuillemin et al., 2011, p.233).

Enfin, des éléments mixtes peuvent également apparaître dans les systèmes de production de jugements autant que dans l'orientation des actions. Ces éléments particuliers sont à la fois liés aux normes du groupe et aux pratiques qui le définissent.

Le noyau central est donc caractérisé par sa stabilité et le consensualisme des éléments qui le composent. Ces derniers sont partagés par un même groupe et constituent un cadre de référence traduisant l'identité de la représentation. Notons également que si un élément du noyau central est amené à changer, c'est l'ensemble de la représentation qui en sera affecté (Abric, 1994a, p.79).

1.4.2 Le système périphérique

Les autres éléments qui constituent la représentation et qui s'organisent autour du noyau central sont ceux du système périphérique. Ce dernier va dépendre du noyau central et les deux éléments entretiennent un lien direct. Les éléments qui constituent le système périphérique sont hiérarchisés. Certains seront plus ou moins proches du noyau central. Ces éléments ont un rôle essentiel dans les représentations. Ils constituent l'interface entre le noyau central et la situation

concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation (Abric, 1994b, p.25). Dans cette logique, le système périphérique assure trois fonctions :

- Une fonction de concrétisation : le système périphérique dépend du contexte et ses éléments constitutifs intègrent les éléments de la situation dans laquelle se produit la représentation. Ils donnent des informations sur le contexte immédiat et le vécu des sujets (*Ibid.*) ;
- Une fonction de régulation : les éléments périphériques vont jouer un rôle dans l'adaptation de la représentation en fonction des évolutions du contexte (*Ibid.*). Ils régulent les sens attribués par les éléments centraux en augmentant leur signification, dans le but de les rendre plus adaptés à la spécificité de la situation d'une personne ;
- Une fonction de défense : le système périphérique constitue le « pare-chocs » des représentations (Flament, 1987 cité dans Renard & Roussiau, 2007, p.213). En effet, il fonctionne comme un système de défense. Si la représentation est transformée, alors les éléments périphériques seront également transformés.

Les éléments périphériques ont enfin une fonction descriptive des situations vécues et fonctionneraient comme des spécifications ou des illustrations des éléments centraux (Flament, 1994).

Les éléments du système périphérique sont donc flexibles avec une possibilité adaptative. Ils sont notamment caractérisés par l'hétérogénéité de leur contenu. Etant situés à l'interface entre la réalité et le système central, ils guident les comportements et prises de positions. Ce processus est cependant toujours réalisé en lien avec le noyau central, générateur de sens. Cet aspect fait du système périphérique un élément incontournable dans la définition des pratiques sociales.

Nous proposons ci-dessous un tableau récapitulatif des différentes caractéristiques des noyaux central et périphérique constitutifs d'une représentation sociale :

**Tableau 1 – Caractéristiques du noyau central et du système périphérique
constitutifs d'une représentation sociale (Abric, 1994, p.80)**

Noyau central	Système périphérique
Lié à la mémoire collective et à l'histoire du Groupe	Permet l'intégration des expériences et histoires individuelles
Consensuel	Supporte l'hétérogénéité du Groupe
Permet l'homogénéité du Groupe	
Stable	Souple
Cohérent	Supporte les contradictions
Rigide	
Résistant au changement	Evolutif
Peu influencé par les contextes immédiats	Influencé par les contextes immédiats
Génère la signification de la représentation	Permet l'adaptation à la réalité tangible
Détermine l'organisation de cette représentation	Permet la différenciation du contenu
	Protège le système central

Éléments de conclusion

L'apport de la psychologie, en particulier la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1976 ; 2004) a permis de fournir un cadre conceptuel et des outils d'application permettant d'observer et analyser les processus de la pensée de sens commun. Les différentes approches établies autour de cette théorie nous permettent de l'aborder sous divers points de vue. L'approche structurale, la théorie du noyau central et les outils qu'elles proposent constitueront un appui méthodologique important de notre travail.

Cependant, le fait de s'intéresser à un public qualifié, considéré comme expert, modifie l'angle d'approche que nous devons adopter ; ces derniers étant censés avoir eu accès à un savoir qui dépasse le sens commun. Il s'agirait donc à présent de comprendre les différences existantes entre représentations sociales et professionnelles et de s'assurer que les outils envisagés sont bien compatibles (Piasser & Ratinaud, 2010 p.9)

2. Des représentations sociales aux représentations professionnelles

La notion de représentation professionnelle a été introduite par les travaux d'Alain Piaser (1993, cité dans Piaser et Ratinaud, 2010, p.9) au laboratoire des sciences de l'éducation de l'Université de Toulouse. Cette notion découle de la nécessité de faire appel à un outil permettant d'analyser la diversité des regards professionnels, en comparaison avec la pensée de sens commun (Ratinaud et Piaser, 2010. p. 9).

En effet les auteurs considèrent que toutes les professions mettent en œuvre des « façons de faire » singulières. Celles-ci sont tout autant de moyens pour les professionnels de résoudre les problématiques et de répondre aux questionnements rencontrés au sein de leur pratique professionnelle. Ils adoptent alors des moyens de communication qui peuvent être incompréhensibles pour les individus ne pratiquant pas le même métier :

« On dira donc que les représentations professionnelles constituent une classe particulière de représentations sociales par deux caractéristiques qui les spécifient : les groupes observés et les objets concernés appartiennent à la même sphère d'activité professionnelle » Ratinaud & Piaser, 2010, p.10).

Les travaux de Pierre Falzon (1987 ; 1991) évoquent ainsi les « langages opératifs », modes d'adaptation du langage issu du « langage naturel » :

« C'est la raison pour laquelle on voit se constituer, dans les contextes où la réalisation de la tâche exige la communication verbale entre les opérateurs, des dialectes spécialisés, déformations du langage naturel, compréhensibles et efficaces pour les spécialistes du domaine, plus ou moins hermétiques pour les autres. Ces langages, les langages opératifs, sont plus économiques que le langage naturel » (Falzon, 1991, p.232).

A ce titre, les représentations professionnelles sont des représentations reliées à un ensemble d'expériences variées. Elles portent sur des objets inhérents à une profession et sont partagées par un ensemble d'individus pratiquant ladite profession (Piaser, 2013, p.273). Elles sont donc réservées à des objets qui constituent une forme d'enjeu et animent les dynamiques sociales de professionnelles.

Il est important de noter que ces représentations sont singulières et contextualisées par et pour le monde professionnel :

« Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ » (Bataille et al, 1997, cité dans Piaser, 2000, p.60).

Comme exemple contextuel dans le monde de l'enseignement, les auteurs expliquent que s'il existe une représentation particulière des transports en commun chez les enseignants, cette dernière ne peut s'inscrire en tant que représentation professionnelle puisque la pratique de ce métier n'implique pas particulièrement leur usage. De surcroît, les représentations professionnelles ne sont pas non plus des représentations portant sur des objets liés à l'éducation mais communiquées par un personnel non enseignant. Ainsi, la représentation de la lecture auprès de cuisiniers ne s'inscrit pas en tant que représentation professionnelle, mais en tant que représentation sociale (ibid).

2.1 Processus transitionnel entre représentations sociales et représentations professionnelles

Lorsqu'elles utilisent des éléments techniques appartenant à une profession, les représentations ne sont plus seulement « sociales » mais elles deviennent « socioprofessionnelles » (Piaser et Bataille, 2010, p. 49). Ainsi, les travaux de Fraysse (1998) ont permis de définir cette notion :

« Les représentations socioprofessionnelles sont définies spécifiquement à un contexte de formation professionnalisante, comme un ensemble organisé d'informations comportant des schèmes qui expriment des savoirs théoriques et d'action (...). Elles se situent dans un processus dynamique d'interactions sociales qui précèdent l'action professionnelle, et elles expriment les reconstructions que le sujet effectue à partir d'éléments connus au cours de la formation » (Fraysse, 1998, p.137).

Weil-Fassina et al. (1993) évoquent le concept de représentation mentale pour l'action pouvant se rapprocher de la définition de Fraysse. Ces représentations mentales sont établies par un sujet dans le cadre d'une activité :

« Ce concept se rapproche ainsi, d'une part, de la notion de « modèles mentaux » dans la mesure où les représentations pour l'action réfèrent, pour le sujet, à des propriétés constitutives de classes de situations, et d'autre part, des notions de « schémas » et de « scripts » dans la mesure où ils renvoient à des procédures mémorisées. En confrontation avec la spécificité des situations, les représentations sont, pour partie, dans le guidage et l'organisation de l'action » (Weill-Fassina, Rabardel, & Dubois, 1993, p17).

La théorie des représentations professionnelles peut alors également être mise en lien avec le concept d'image opérative, structure informationnelle spécialisée issue de la réalisation d'une action (Ochanine, & Koslov, 1971, p.1). C'est une construction mentale de l'objet ou du système interagissant avec l'opérateur. Elle ne représente que les éléments qui sont pertinents pour l'opérateur en fonction de la tâche réalisée. Les représentations professionnelles semblent apparaître comme une forme collective des notions de représentations mentales pour l'action, et d'images opératives dans le sens où elles sont partagées par un groupe d'experts.

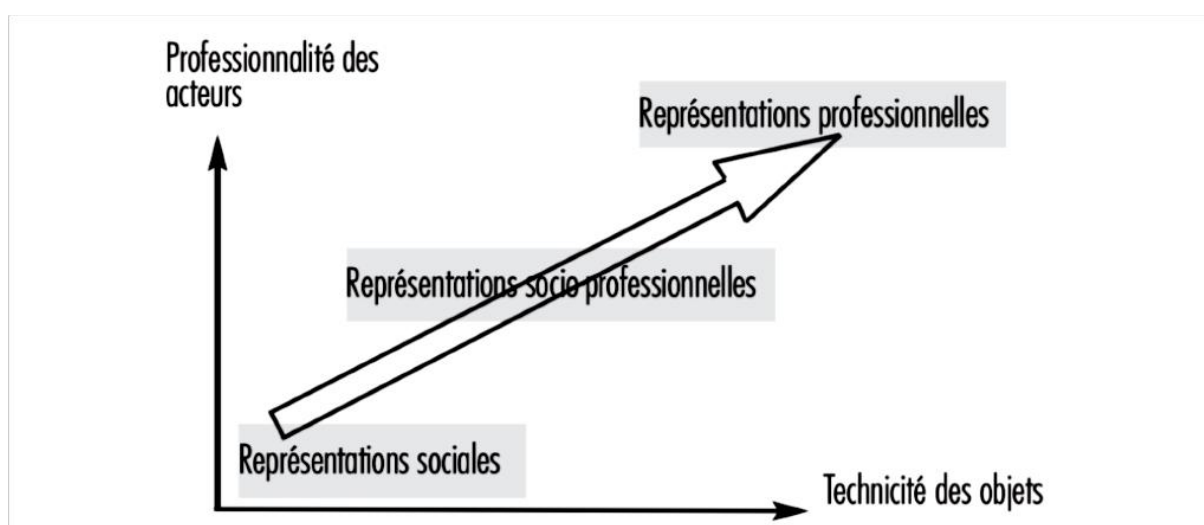


Figure 10 – Passage des représentations sociales aux représentations professionnelles (Piasser et Bataille, 2013, cité dans Piasser et Ratinaud, 2010, p.11)

Les auteurs de cette figure considèrent que le passage des représentations sociales aux représentations professionnelles est dépendant de deux variables : la technicité des objets représentationnels relative à leur présence dans la pratique

professionnelle, et la professionnalité des individus faisant référence à leur expérience.

Concernant l'évolution des représentations sociales, la présence de la notion de représentation « socioprofessionnelle » représente ici un palier transitoire. Ce dernier est caractérisé par Piaser et Ratinaud comme :

« [Une étape] durant laquelle les acteurs observés acquièrent davantage de « professionnalité » d'une part et se consacrent à des objets de plus en plus exclusivement « techniques » d'autre part » (2010, p.11).

Bien que cette figure (Figure 10) soulève une réflexion intéressante sur la formation des représentations professionnelles, ces mêmes auteurs estiment qu'elle est néanmoins réductrice. Par exemple, elle n'illustre pas la possibilité d'un retour en arrière sur la technicité des objets ou encore un développement desdits objets en d'autres formes que les représentations professionnelles. Pour pallier ces manquements, Piaser et Bataille (2013, p.6) propose une figure complémentaire :



Figure 11 – Coexistence des deux ordres de représentations (Piaser et Bataille, 2013, p.6)²²

Le fait qu'un ensemble soit inclus dans l'autre montre que les représentations professionnelles sont une partie spécifique des représentations. Il est également possible de souligner que la compréhension des représentations professionnelles s'inscrit bien dans un cadre social et institutionnel issu des représentations sociales. Les représentations professionnelles s'expriment donc au travers des pensées

²² SR correspond ici à « Social Representation » et PR signifie : « Professionnal Representation »

professionnelles régulées par un contexte social et par l'histoire des groupes professionnels (Piasser et Ratinaud, 2010, p.12).

L'absence de traits pleins dans le schéma porte comme message le fait que les limites ne sont jamais définies de manière stricte, ni entre les deux ensembles de représentations, ni entre les représentations sociales et leur « au-delà ». Les travaux de Moscovici sur la psychanalyse avaient déjà souligné la flexibilité des frontières entre les représentations :

« Une personne, même cultivée, a un raisonnement spécifique, sur un champ spécifique ou fonction. Un médecin, un physicien, un fabricant, un étudiant ou un ouvrier abordent l'analyse d'une situation, d'un phénomène, d'un événement dans leur cadre professionnel d'une manière différente que s'ils devaient donner leur avis sur la psychanalyse » (Moscovici, 1961, p.279).

2.2 Contenu et fonctions des représentations professionnelles

Les travaux de Jean-François Blin (1997) se sont principalement articulés autour de l'étude des représentations professionnelles. Son ouvrage *Représentations, pratiques et identités professionnelles* constitue pour nous un incontournable dont nous nous inspirerons afin de présenter cette partie.

La construction des représentations professionnelles va dépendre du « degré d'engagement et d'implication des sujets et des groupes dans leurs activités professionnelles » (Blin, 1997, p. 82). Elles vont donc varier en fonction des individus et des situations auxquelles ils font face. Elles sont composées d'un ensemble d'éléments qui sont des cognitions relatives à un objet. Ces cognitions renvoient à des catégories comme « des éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images » (Jodelet, 1989, cité dans Blin, 1997, p.86).

Trois types de cognitions peuvent être dépeintes :

- La cognition prescriptive présentée comme un le lien fondamental entre la cognition et les conduites qui lui correspondent (Flament, 1994) ;
- La cognition descriptive regroupe l'ensemble des termes descriptifs fait par l'individu ;
- La cognition évaluative est la manière dont les individus évaluent un objet qui se rapporte à leur pratique professionnelle.

Ainsi, les représentations professionnelles sont :

« *Toujours spécifiques à un contexte professionnel et définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisées en un champ structuré présentant une signification globale* » (Blin, 1997, p. 89).

Si l'on s'intéresse au contenu des représentations professionnelles, il est possible de noter que les cognitions évoquées précédemment sont composées de trois dimensions. Elles définissent la façon dont les acteurs séparent leur champ professionnel afin d'en saisir les éléments les plus pertinents.

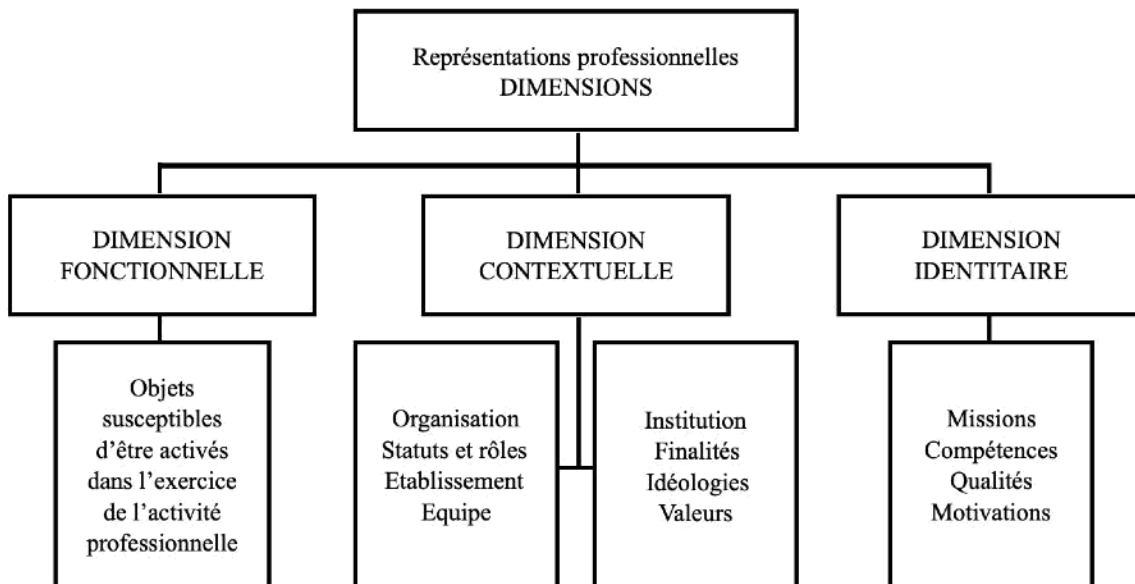


Figure 12 – Différentes dimensions des représentations professionnelles (Blin, 1997, p.91)

Au sein de cette figure, la dimension fonctionnelle fait ici référence à la pratique des individus par la mobilisation des objets saillants, constitutifs de la représentation. La dimension contextuelle prend en compte le cadre et l'organisation dans lesquels se déroule l'activité. Enfin, la dimension identitaire porte sur les éléments qui constitueront les valeurs du groupe (Michel-Guillou, 2010, p.17).

Les objets des représentations professionnelles susceptibles d'être pertinents et utiles pour les acteurs du travail sont donc divers et variés : organisation interne,

fonction professionnelle, moyens, groupes de pairs... (Blin, 1997, p.91). Ces derniers permettront de guider la pratique des acteurs par le biais de plusieurs fonctions.

Les travaux de Piaser (2000, p.61) proposent d'attribuer quatre fonctions aux représentations professionnelles, inspirées des fonctions de représentations sociales (Abric, 1994, p.15)

- Une fonction de savoir : les représentations professionnelles permettent de partager et de produire un savoir collectif par un groupe professionnel et « définissent la réalité du contexte des pratiques professionnelles » (Piaser, 2000, p.61) ;
- Une fonction identitaire : les représentations professionnelles permettent de créer et définir une identité professionnelle commune et de se positionner dans la hiérarchie sociale ;
- Une fonction d'orientation des conduites, des comportements et des pratiques : les représentations professionnelles vont orienter les actions des professionnels grâce à la connaissance de cet environnement (Ibid.) ;
- Une fonction de justification : les représentations professionnelles permettent de « justifier a posteriori les pratiques et les prises de positions » (Ibid).

Les représentations professionnelles ont donc sensiblement les mêmes modes de constitution, de circulation, de modifications et de fonctions que les représentations sociales mais appliquées au monde professionnel.

Sur la base des travaux menés par J.C Abric, J.F Blin (1997) s'intéresse au double postulat que pose la définition des représentations professionnelles. Le premier est fondé sur la fonction des représentations. Selon lui, elles n'auraient pas un rôle d'action à proprement parler, mais une fonction de référentiel permettant de structurer les intentions. Le second est basé sur leur perpétuelle évolution en fonction des retours vis-à-vis des actions réalisées, des valeurs, modèles, théories intériorisés et des interactions dans un contexte professionnel.

Les représentations professionnelles auraient donc une relation interdépendante avec les pratiques professionnelles : elles permettraient de les guider, et en retour des actions effectuées, les pratiques modifieraient leur constitution. Ce postulat fait référence aux travaux d'Ochanine et Koslov (1971) et de Weil-Fassina et al (1993) sur les représentations mentales guidant l'action. Cependant, l'appréhension du lien entre représentations, pratiques et identités professionnelles pouvant constituer une ou plusieurs thèses à elle seule, nous n'évoquons ici que les aspects principaux qui pourraient servir notre travail.

Notons ici que les pratiques professionnelles à proprement parler peuvent être variées :

« Les pratiques professionnelles sont composées de systèmes complexes d'actions et de communication socialement investis et soumis simultanément à des enjeux [...] déterminés et à l'incertitude propres aux interactions entre des individus participant aux activités d'un même contexte professionnel ». (Blin, 1997, p.142).

Les représentations professionnelles constituent un instrument d'une pratique mais elles se posent également comme un moyen d'expression et d'ancrage de ces pratiques dans un cadre professionnel. Il existe donc une interaction forte entre représentations et pratiques. Ces dernières seraient également soumises à des modes d'action différents qui, en fonction de leur rôle, interféreraient avec la constitution des représentations (Habermas, 1987, p.189).

Les travaux de Moscovici et Doise (1992) et de Blin (1997) ont permis de mettre en lumière les interactions existant entre pratiques et représentations professionnelles. Il semblerait donc que ces deux notions soient dépendantes d'un système d'emprise pouvant prendre la forme d'une pression sociale ou d'une coercition institutionnelle. En fonction de l'intensité de cette emprise, les pratiques professionnelles seront plus ou moins influencées par les représentations. Par exemple : plus l'autonomie au sein d'un groupe professionnel est élevée, plus la pratique sera influencée par les représentations. A l'inverse, plus la pression à la conformité est inscrite dans le cadre organisationnel, moins la pratique sera influencée par la représentation (Blin, 1997, p.165).

Selon cette approche, les identités professionnelles seraient étroitement liées aux représentations professionnelles. Elles peuvent être définies comme :

« Un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles, réseau spécifiquement activé en fonction de la situation d'interaction et pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes sociétaux ou professionnels » (Blin, 1997, p.187).

Les éléments théoriques développés jusqu'ici montrent que les identités professionnelles sont donc de nature instable, plurivoque et soumises aux variations des représentations professionnelles. En ce sens, les représentations professionnelles sont un prérequis à l'émergence des identités professionnelles.

La figure suivante (cf. Figure 13) permet de synthétiser le déroulement idéologique que nous venons de présenter dans les paragraphes précédents. Ce dernier est tiré d'une étude réalisée dans le milieu de l'enseignement :

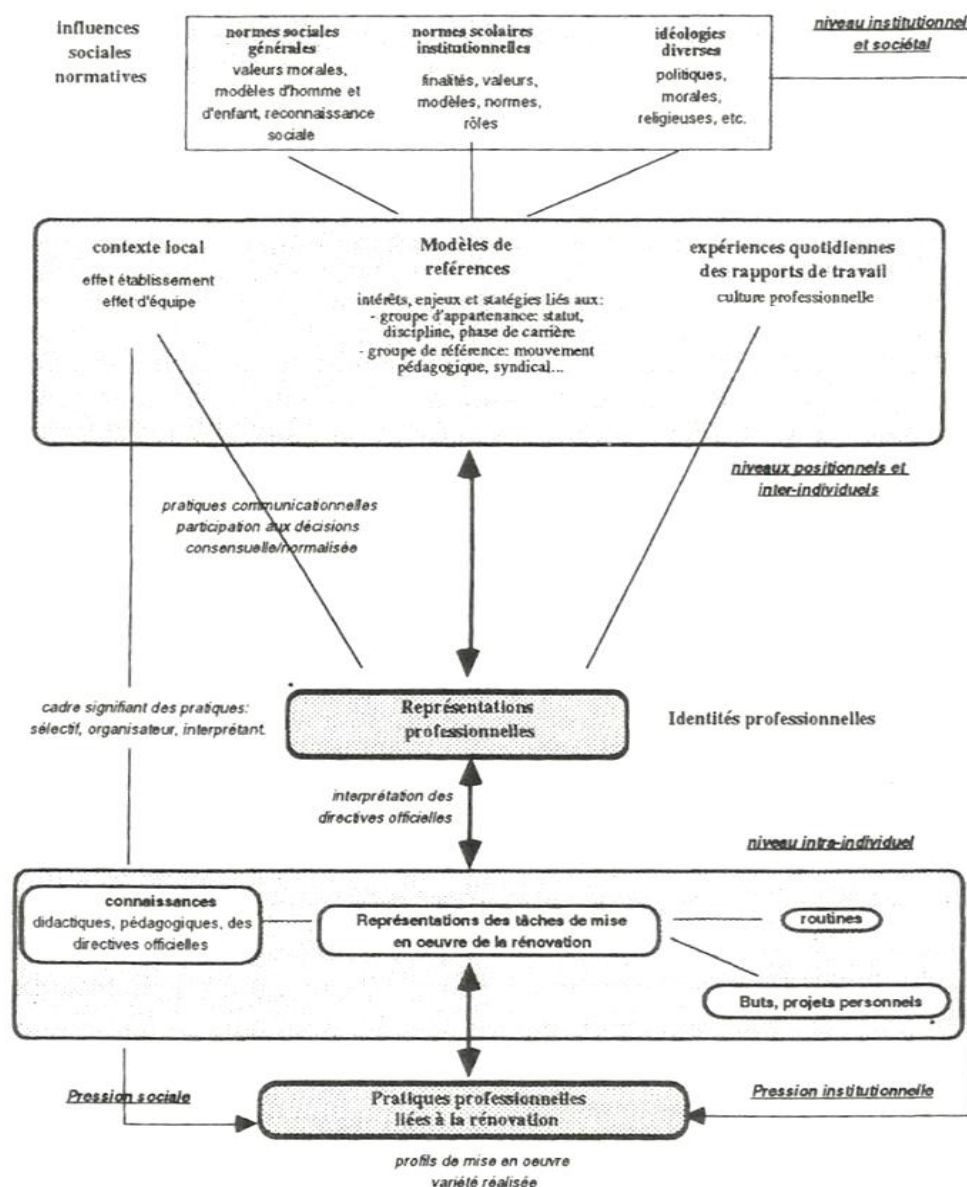


Figure 13 – Synthèse de la problématique des représentations, pratiques et identités professionnelles (Blin, 1997, p.106).

Au sein de cette figure, on retrouve trois niveaux d'organisation différents composés de sous-ensembles :

1. Le premier niveau, macroscopique, fait référence aux déterminants institutionnels et sociétaux qui vont influencer sur la constitution des représentations et des pratiques. Nous retrouvons ici les normes sociales générales ainsi que les idéologies ;
2. Le second niveau, mésoscopique, se situe au niveau interindividuel et positionnel. Il est incarné par le contexte local dans lequel se déroulent les actions quotidiennes. Il intègre également les modèles de référence relatifs à l'organisation ;
3. Le dernier niveau, microscopique, est composé de processus intra-individuels. Il est conditionné par les représentations professionnelles et se compose des connaissances, routines, buts et objectifs de l'individu.

Ces niveaux fonctionnent de concert et s'influencent mutuellement. Leur mise en commun permet la production des pratiques professionnelles.

Éléments de conclusion

Appréhender la question des représentations professionnelles constitue un des piliers principaux dans notre travail de recherche. Comme nous l'avons déjà explicité, ces représentations ont un impact dans la construction d'un savoir professionnel différent du savoir scientifique et de sens commun. Investies dans une relation continue avec les pratiques professionnelles, elles modélisent les identités professionnelles et contribuent à leur évolution. La professionnalisation serait, dans cette logique, un processus permettant la construction par les acteurs de connaissances, de savoirs professionnellement reconnus et opérants (Lac et al., 2010, p.137)

C'est pourquoi les représentations professionnelles constituent un réel intérêt pour notre travail de recherche. En effet, nous avons choisi de donner une inspiration psychosociale à ce projet en mobilisant la théorie des représentations sociales et professionnelles en tant qu'outil de décryptage de la pensée des professionnels de la santé au travail. Les parallèles entre psychologie sociale et psychologie du travail et

des organisations sont nombreux depuis le début de cet écrit. Nous considérons ici le fait que les deux peuvent s'articuler ensemble afin de bénéficier d'une approche plus globale et complète de notre objet de recherche. Blin (1997, p.54) rappelle que l'analyse des activités professionnelles proposées en psychologie du travail et des organisations doit considérer deux aspects concernant les représentations professionnelles :

- Elles sont un lieu d'implémentation de la culture professionnelle propre aux collectifs d'appartenance, influençant les processus de socialisation et de construction des identités professionnelles ;
- Elles agissent en coaction avec les pratiques professionnelles dans une logique créative de sens et de signification pour les activités réalisées dans un contexte donné.

Synthèse du chapitre

La théorie des représentations sociales a permis de fournir un nouveau moyen de comprendre et d'analyser la pensée de sens commun. Par le développement d'outils et d'approches diverses, elle a notamment permis de réconcilier la dichotomie existante entre le savoir commun et le savoir scientifique. Les représentations sociales ont ainsi des fonctions actives à la fois au niveau individuel (fonction de savoir) et social (fonctions identitaires, d'orientation et de justification). Les différentes approches des représentations sociales ont permis de les disséquer afin de comprendre leur composition. La méthode du noyau central proposée par Abric (1976) propose à ce titre une hiérarchisation du contenu des représentations sociales afin d'en distinguer les éléments consensuels (noyau central) des éléments individuels (système périphérique). Proches des représentations sociales, les représentations professionnelles fournissent quant à elles une clé de lecture du savoir expert dont les objets représentationnels sont balisés au secteur professionnel. Selon les études proposées, elles peuvent être considérées comme un prolongement des représentations sociales ou comme étant une catégorie de représentations incluses dans la sphère des représentations sociales (Piasser et Bataille, 2013, cité dans Piasser et Ratinaud, 2010, p.11). La proximité des types de représentations étant avérée (Piasser et Bataille, 2013, p.6), l'on présuppose que les outils de recueil et d'analyse pourront être transposables.

Cette première approche théorique de notre travail nous a jusqu'ici permis de considérer plusieurs objets : le travail, la santé, les conduites addictives et les représentations professionnelles. Nous avons conscience que la complexité de ces objets ne peut se résumer uniquement aux propos que nous avons avancés. Notre approche a notamment privilégié le constat des difficultés terminologiques de ces termes et a également permis de souligner leur composition multifactorielle ainsi que la complexité des ramifications qui les lient.

S'intéresser aux représentations des professionnels de la santé au travail concernant la relation entre travail et conduites addictives nous semble s'inscrire dans une démarche heuristique. Nous l'avons constaté tout au long de cette revue théorique, les domaines de la santé, de la consommation de substances psychotropes ou encore du travail ont largement été investigués. Néanmoins, et bien que la liste des travaux relatés ici est non exhaustive, nous n'avons finalement pas réussi à mettre en lumière des études mettant en lien ces objets de recherche sous l'angle des représentations.

Les préoccupations en matière de santé étant croissantes, la psychologie du travail et plus généralement les sciences du travail (psychologie de la santé, psychosociologie du travail, ergonomie...) se sont développées tant en termes de pratiques que de recherches. Nous considérons aujourd'hui que le travail renvoie à la notion d'activité (Bobillier-Chaumont et Sarnin, 2012 ; Valléry et al., 2019) qui a des conséquences positives et négatives sur le travailleur et l'organisation. Nous tendons également à considérer que le sujet du travail s'inscrit également dans ce qu'il se passe en dehors dans la sphère extra-professionnelle (Lhuillier, 2021, p.37). Notre pratique étant ancrée en psychologie du travail et des organisations, nous avons pour but d'apporter notre modeste contribution à la préservation de la santé des travailleurs sur la question des conduites addictives en milieu de travail. Pour ce faire, nous intéresser aux représentations des professionnels de la santé au travail et plus globalement à la prévention des conduites addictives au travail nous semble être une voie intéressante, semée d'obstacles certes, mais potentiellement riche de découvertes.

PARTIE III

DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Notre travail de thèse a pour objectif de développer les connaissances autour des liens qui unissent le travail et les conduites addictives. Nous expliquerons dans cette partie la construction de notre problématique en nous appuyant sur deux cadres complémentaires :

- Le contexte professionnel articulé autour de la prévention des conduites addictives de notre terrain d'ancrage : le SMTVO ;
- Les éléments théoriques exposés dans notre état de l'art.

En effet, notre problématique de recherche s'est constituée au fil de nos lectures, mais aussi par le biais des rencontres que nous avons effectuées en tant que stagiaire (jusqu'alors futur doctorant) dans le cadre de nos premiers travaux de recherche (Fettah, 2017). Nous avons conscience du fait que cet aspect puisse dénoter des schémas de recherches traditionnelles qui souvent proposent une problématique concrète avant l'entrée sur le terrain. Cependant, l'évolution de notre réflexion au regard de notre thématique de recherche est en partie due à notre intégration au sein du service de santé au travail. De ce fait, et toujours avec cette volonté de partager notre cheminement réflexif, il nous paraissait important de présenter en amont le terrain d'ancrage de notre étude : le Service de Médecine du Travail de la Vallée de l'Oise (SMTVO). Afin de comprendre le rôle de cette structure et comment les services de santé au travail interentreprises (SSTI) sont organisés, nous réaliserons un bref rappel de la construction et de l'organisation de la prévention en France.

I. CHAPITRE I – ÉMERGENCE DE LA PROBLÉMATIQUE

1. La prévention en France : du cadre institutionnel aux structures locales

1.1 Historique et organisation de la prévention en France

Du fait de sa complexité et de son caractère évolutif, la santé au travail en France a connu de nombreuses mutations depuis plusieurs décennies. Dans un contexte socio-économique bouleversé par les transformations du travail, la

préservation de la santé des travailleurs nécessite une approche factuelle et pragmatique.

Ainsi, les principes généraux de prévention de la santé et de la sécurité pour les acteurs du travail en Europe ont été définis par la Directive Cadre Européenne n°89/391/CEE (J.O.U.E, 1989) et adoptés en France par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991.

Nous estimons ici important de présenter brièvement les évolutions qui ont marqué le monde de la prévention en France. Sans avoir comme finalité de passer en revue l'ensemble des textes réglementaires et législatifs attrayant à la santé au travail, nous proposons ci-dessous un tableau (cf. Tableau 2) récapitulatif des grandes avancées de la santé au travail depuis le XIXème siècle.

Tableau 2 – Historique des évolutions politiques et réglementaires concernant la santé au travail en France

Loi du 19 mai 1874	Création de l'Inspection du Travail Limitation à 12 ans de l'âge légal du travail Interdiction aux enfants de moins de 16 ans de travailler la nuit et les jours fériés
Loi du 12 juin 1898	Mise en place d'obligations en matière d'hygiène pour toute la population salariée
Loi du 9 avril 1898	Indemnisation par les employeurs des salariés victimes d'un accident du travail
Loi du 5 avril 1928	Instauration d'une protection sociale en cas de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès et de maternité pour une grande partie de salariés
Loi du 28 juillet 1942	Première apparition officielle de la Médecine du Travail
Loi du 4 octobre 1945	Création et mise en place de la Sécurité Sociale
Décret du 1er août 1947	Création des Comités d'Hygiène et de Sécurité
Loi du 27 décembre 1973	Création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)
Loi du 31 décembre 1991	Transposition de la Directive-cadre européenne en France en matière de prévention de la Santé au Travail.
Le 13 septembre 2000	Accord National Interprofessionnel des partenaires sociaux sur l'amélioration du dispositif de prévention des risques professionnels
Décret du 05 novembre 2001	Instauration de la mise en place obligatoire d'un Document Unique d'évaluation des risques professionnels

Loi du 17 janvier 2002	Base de la restructuration du système de prévention français
Loi de réforme du 09 août 2004	Remplacement officiel du terme « Médecine du Travail » par « Santé au Travail » et introduction de la pluridisciplinarité dans les textes de loi
Loi du 20 Juillet 2011 et décrets du 30 janvier 2012	Révision de l'organisation et du fonctionnement des services de santé au travail
Loi du 08 Août 2016 et décrets du 29 décembre 2016	Loi Travail : 4 missions légales du Service de Santé au Travail Interentreprises sont confortées et rééquilibrées : action en entreprise, conseil, surveillance de l'état de santé, traçabilité et veille sanitaire.
Le 28 août 2018	Publication du rapport de Mme. Lecocq intitulé : « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » (Lecocq et al., 2018)
Le 09 décembre 2020	Signature de l'accord national interprofessionnel introduisant des modifications concernant la prévention et le suivi des salariés exposés
Février 2021	Proposition de loi, adoptée, par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, pour « renforcer la prévention en santé au travail »

Les apports successifs des législations ont souhaité impulser une logique préventive et évaluative au sein du système de prévention et de santé au travail français. Ces évolutions n'ont cessé de croître et sont actuellement en proie à de nombreux questionnements concernant la dernière proposition de loi (cf. Partie I – De la découverte à l'appropriation des enjeux). En effet, la résurgence des changements successifs majeurs comme ceux invoqués par la Loi Travail ou le rapport « Lecocq » tend à transformer rapidement et profondément le fonctionnement des services de santé au travail. Ainsi, cinq ans après la réforme du suivi médical des salariés, le fonctionnement des SST se voit de nouveau en proie à de nouveaux changements.

Les évolutions relatives au sein de ce tableau ont également impacté l'organisation de différentes structures institutionnelles au niveau local et national. En effet, l'organisation du système de prévention est réarticulée tous les cinq ans à travers les différents Plans Santé Travail (PST). Depuis 2004, les pouvoirs publics fixent les grandes orientations liées à la santé au travail. L'enjeu réside principalement dans le fait d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels en fédérant tous les acteurs concernés dans le monde de l'entreprise. Ce plan est ensuite décliné en plans régionaux de santé au travail (PRST). Le dernier PST mis en place par l'équipe du Ministre du travail, François Rebsamen, a

été rendu public en janvier 2015, après validation par le Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT). Nous proposons ci-dessous de reprendre le travail de recherche de Clément Charpentreau (2015, p.11) afin de relater synthétiquement les grandes instances composant le système de prévention français.

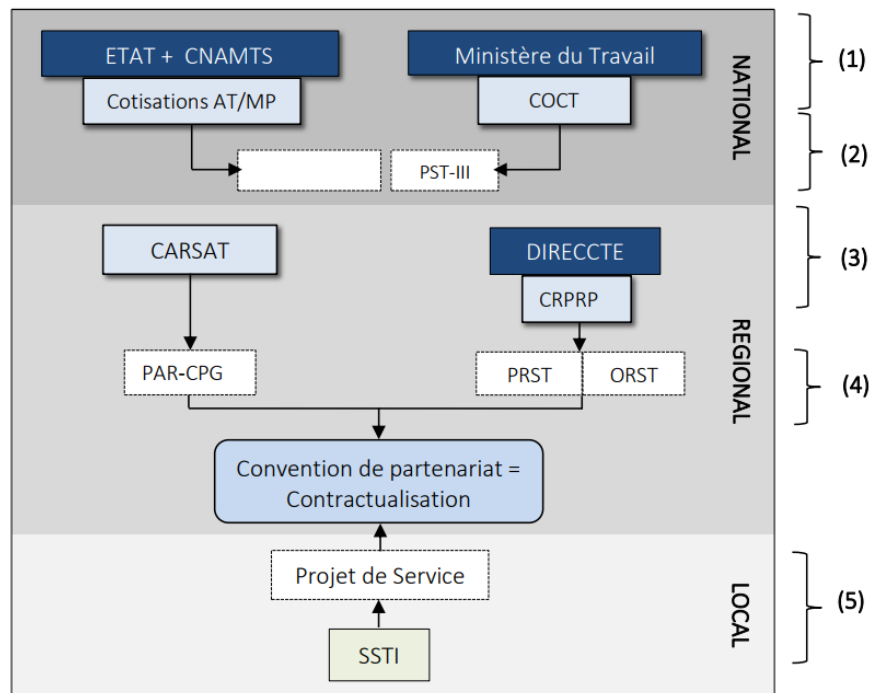


Figure 14 - Synthèse du système de prévention français (Charpentreau, 2015, p.11).

Si l'on s'intéresse au niveau national, la prévention des risques professionnels est bidimensionnelle **(1)**. Le système de prévention est rattaché :

- a) Au Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Son rôle principal consiste en l'élaboration et la mise en œuvre de la politique française concernant la santé, la sécurité au travail et l'insertion professionnelle (*Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion professionnelle, 2021*)

Ce ministère conduit le Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT). Ce dernier est une instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics, participant à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels ;

- b) A la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dont le rôle est de diriger les activités des organismes de la Sécurité Sociale, l'Assurance-Maladie-Risques professionnels.

Cette instance a notamment pour mission d'indemniser les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP). Elle exerce une action d'incitation à la prévention dans les entreprises et une assistance technique grâce à l'expertise de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).

Ces deux institutions fonctionnent de concert pour promouvoir des directives nationales que constituent le Plan Santé Travail (dont le dernier en date est le PST-III, 2015-2019), la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) et le Plan National d'Action Concerté (PNAC).

Les directives nationales **(2)** sont données par le Plan Santé Travail 2015-2019 et la Convention d'Objectifs et de Gestion²³ (COG) dont la nouvelle génération est établie pour la période 2018-2022.

Sur le plan régional **(3)** se situent plusieurs institutions dont les rôles sont complémentaires :

- a. La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) dont le rôle principal est de conseiller les entreprises dans les démarches d'amélioration des conditions de travail et de diminuer les probabilités de survenance d'accidents ou de maladies professionnelles (Lischetti, 2017, p.161) ;
- b. La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) qui assure le pilotage régional des politiques ministérielles.

Notons également que d'autres structures n'apparaissant pas sur la figure agissent également sur le plan régional :

- c. L'inspection du travail dont les missions principales sont :
- La vérification de l'application des dispositions légales relatives aux conditions de travail et à la protection des travailleurs,

²³ La COG fixe les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour moderniser et améliorer la performance du système de protection sociale (Conventions d'Objectifs et de Gestion, s. d.).

- Le conseil aux employeurs et travailleurs sur la mise en place de ces dispositions (Millot, 2015, p.455) ;
- d. Les Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), pilotées au niveau national par l'ANACT, dont la vocation est de concevoir, de promouvoir, d'animer et de transférer auprès des entreprises, des salariés et de leurs représentants, des politiques, des outils et des méthodes permettant d'améliorer les conditions de travail (ANACT, 2010) ;
- e. Les Agences Régionales de Santé (ARS) qui pilotent la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région (*Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*, 2019).

Les Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) représentent la déclinaison du COCT au niveau régional. Grâce à un travail commun mené avec l'Observatoire Régional de la Santé au Travail (ORST), ils contribuent à la déclinaison régionale du PST (Plan Santé au Travail) en PRST Plan Régional Santé au Travail **(4)**.

Enfin, au niveau local **(5)**, nous retrouvons les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) qui sont directement mis en interaction avec ces différentes institutions.

Dans un système de prévention pyramidal et multidimensionnel, les SSTI sont situés localement, près des travailleurs. Leur rôle est de contribuer au développement de la santé au travail sur le terrain. Sans surprise, les profondes mutations du système de prévention français ont également impacté leur organisation.

1.2 Evolution et organisation des Services de Santé au Travail Interentreprises

Les Service de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) sont des associations de droit privé à but non lucratif régis par la loi du 1er juillet 1901 (placés sous le Ministère du Travail) auxquels doivent adhérer les entreprises ne dépassant pas 500 salariés.

Sous la surveillance des représentants employeurs et salariés, ces associations sont sous la tutelle de la DIRECCTE. Elles sont alors :

« Investies de fonctions essentiellement préventives et chargées de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne :

- *Les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail ;*
- *L'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale »* (Convention OIT n°161, Article 1, 1985).

Le modèle actuel des SSTI est la résultante de nombreuses évolutions concernant la santé au travail en France. Apparue en 1942 (cf. Tableau 2), la première forme de médecine du travail a pour rôle principal de veiller à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs (Article 8 de la loi du 28 juillet 1942). D'abord centrée autour du rôle des médecins du travail (Loi du 11 octobre 1946 ; Décret du 1er août 1947), la médecine du travail va peu à peu élargir son rôle de prévention en proposant le recours à de nouvelles compétences organisationnelles et techniques. Ainsi, l'ANI du 13 septembre 2000 intègre la notion de pluridisciplinarité comme l'aspect fondamental de la prévention de la santé au travail.

C'est notamment par la Loi de Modernisation Sociale du 17 janvier 2002 que la Médecine du Travail évolue considérablement. Par la transformation des Services de Médecine du Travail en Services de Santé au travail (SST) (article 193), cette loi entend élargir les questions de prévention et le rôle des SST.

En 2011, la réforme de la santé au travail inscrit l'importance de la pluridisciplinarité dans les compétences des SST :

« La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire en santé au travail est obligatoire [...]. Cette équipe est composée dans les SSTI « au minimum » (selon l'article L.4622-8 du Code du travail) de Médecins du Travail, d'IPRP, d'Infirmiers Santé-Travail, et renforcée par des Assistants de Services de Santé au Travail et de

professionnels recrutés après avis des Médecins du Travail [...]. Les Médecins du Travail restent « animateurs » et « coordonnateurs » de cette équipe pluridisciplinaire » (Fantoni-Quinton & Czuba, 2012, p. 3 – 16).

La pluridisciplinarité en SSTI a également été mise en pratique en partie grâce à l'intégration d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels²⁴ (IPRP) complémentaires au rôle des Médecins du Travail. L'IPRP s'inscrit dans le cadre des actions pluridisciplinaires menées au sein du service concerné. Voyons à présent la façon dont est organisé le Service de Médecine du Travail de la Vallée de l'Oise (SMTVO).

1.3 Le SMTVO

Le SMTVO est une association dont la mission est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, les missions sont variées et centrées sur les questions du lien entre santé et travail :

- Conduire des actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leurs parcours professionnel ;
- Conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, améliorer les conditions de travail, prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail, prévenir ou réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- Assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

²⁴ L'intervenant en prévention des risques professionnels possède des compétences : « *techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail (ergonomie, toxicologie, hygiène industrielle, organisation du travail). Il participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Il fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail interentreprises. Dans ce cadre, l'IPRP assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail » (Art. R. 4623-37 à R. 4623-39 du Code du travail). Sa fonction au sein d'une structure peut être multiple : ergonomiste, psychologue du travail, psychologue, ingénieur ou technicien Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement (QHSE), Assistant Santé au Travail...*

- Participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire (L.4622-2 du code du travail).

Avec deux centres fixes (Compiègne et Creil), le SMTVO couvre 14 cantons de la vallée de l'Oise, ce qui représente environ 4 000 entreprises et plus de 55 000 salariés (cf. Figure 15)

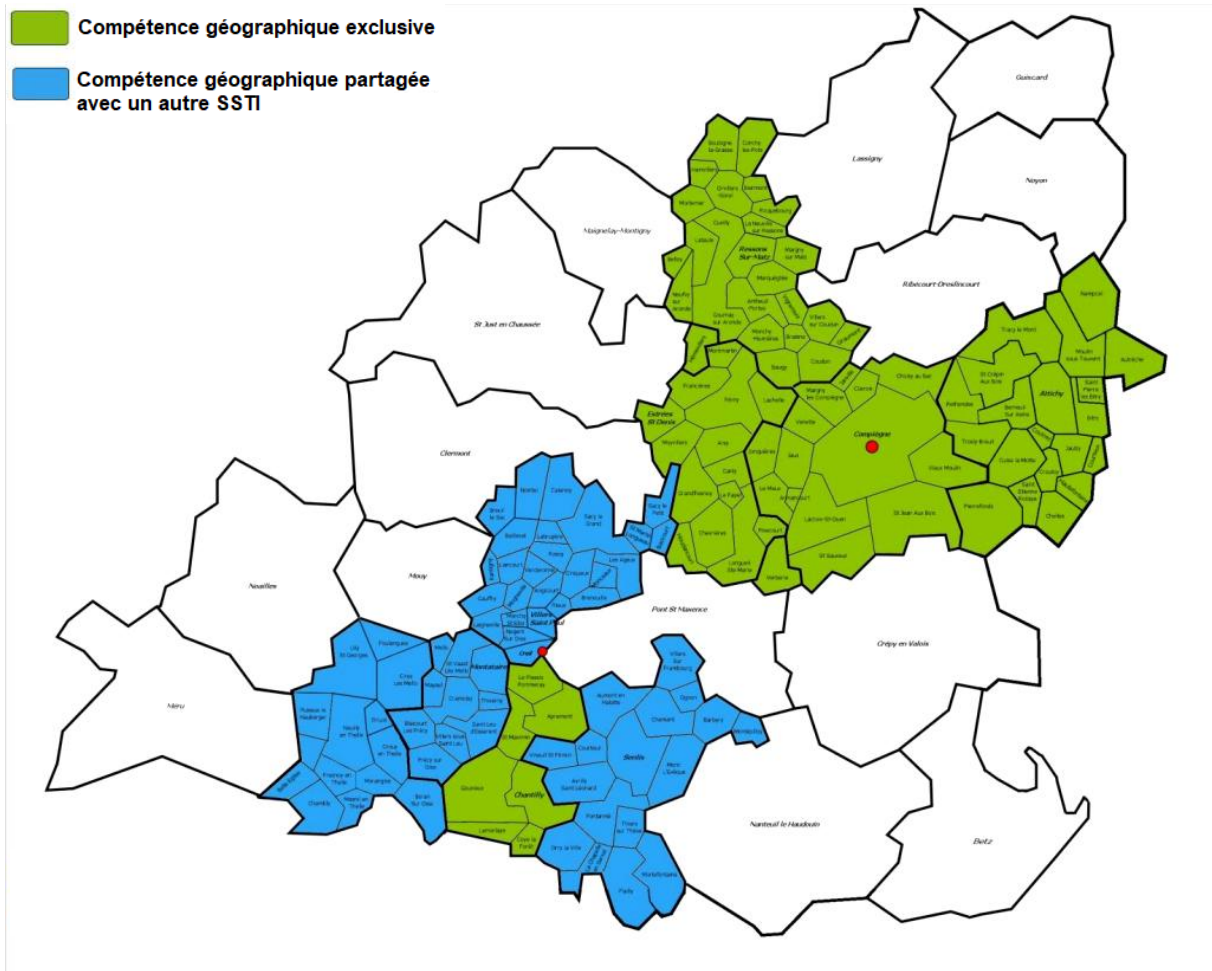


Figure 15 – Couverture géographique du SMTVO (2019)

En 2019, le service était composé de 55 personnes réparties en trois pôles :

- Le pôle Médical :
 - 1 Médecin du travail coordonnateur ;
 - 12 Médecins du travail ;
 - 5 Infirmières en Santé au travail ;
 - 2 Infirmières référentes.

- Le pôle Prévention :
 - 3 Assistantes techniques en santé au travail ;
 - 2 Ergonomes-psychologues du travail ;
 - 2 Conseillères en prévention ;
 - 2 Techniciennes Hygiène et sécurité ;
 - 1 Responsable ;
 - 1 Responsable adjointe.

- Le pôle Support :
 - 2 secrétaires référentes ;
 - 10 secrétaires ;
 - 3 chauffeurs secrétaires ;
 - 3 agents d'accueil ;
 - 1 coordinatrice administrative et RH ;
 - 1 technicien informatique ;
 - 1 chef de projet organisation ;
 - 1 assistant administratif ;
 - 1 aide comptable ;
 - 1 responsable administratif et financier.

L'ensemble de ces effectifs travaille sous la direction de Mme. Isabelle Desmarais, directrice du service (cf. Figure 16).

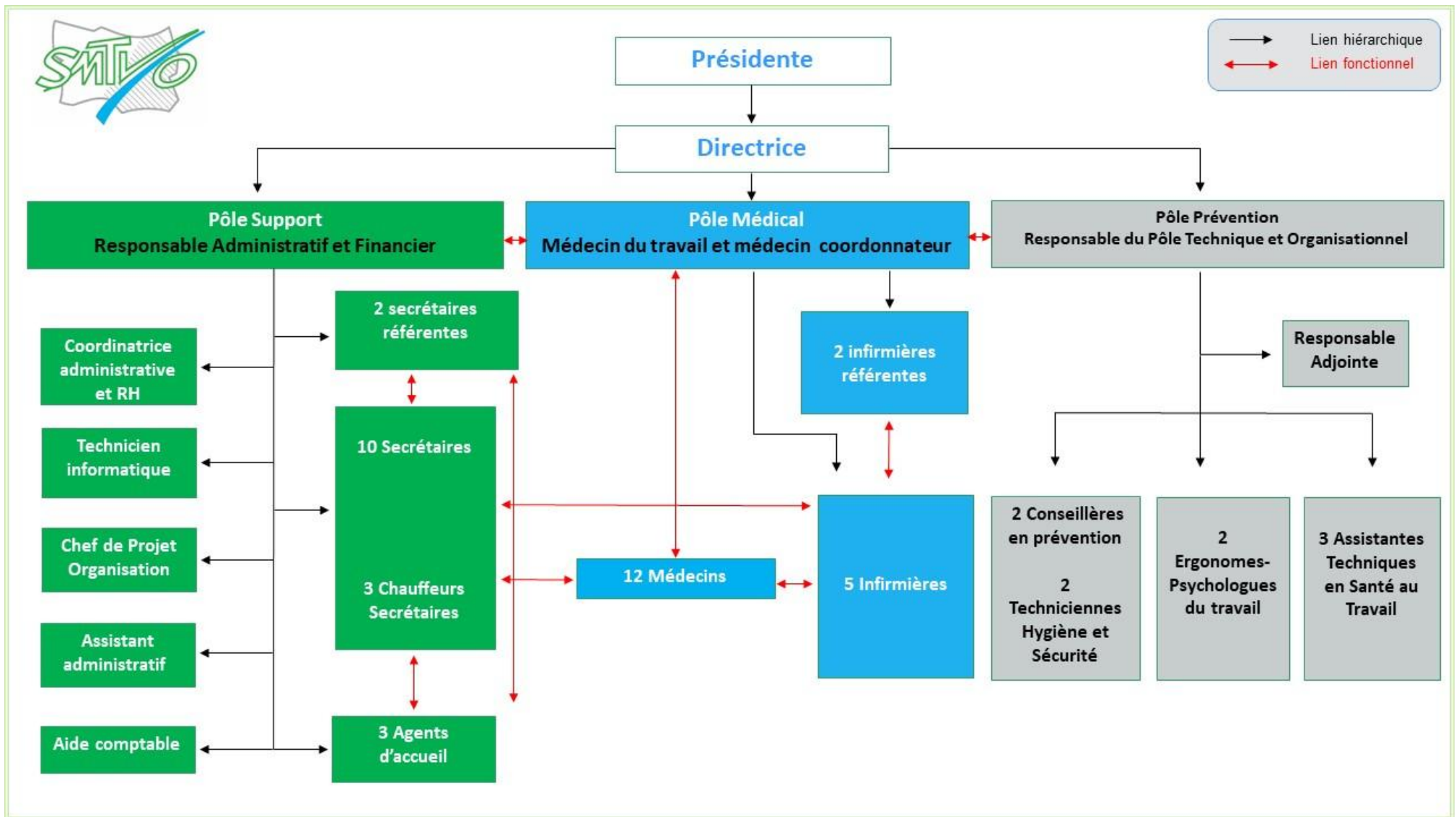


Figure 16 – Organigramme SMTVO (2019)

1.4 De l'expérience à la problématique

L'organisation des pôles a connu diverses évolutions depuis le début des années 2000. En effet, créé en 2003 avec l'arrivée d'une seconde technicienne en métrologie, le pôle pluridisciplinaire s'est progressivement renforcé pour répondre aux besoins des entreprises. En 2005, le recrutement d'une responsable a confirmé la volonté de développer une réelle politique pluridisciplinaire visant la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail des salariés des entreprises adhérentes.

En 2009, face à la montée en charges des risques psychosociaux et du fait que la gestion de cette problématique soit très chronophage pour les médecins, le service a fait le choix de créer un poste de psychologue-ergonome du travail. Très rapidement, cette création de poste s'est révélée pertinente à la fois pour les médecins, les salariés et les employeurs. Jusqu'à aujourd'hui, le service de santé a évolué en s'inscrivant dans cette logique pluridisciplinaire.

Le développement de la structure s'est d'ailleurs amorcé dans le but d'atteindre les objectifs fixés par le projet de service 2016 – 2021 (SMTVO, 2015). Au sein de ce document, l'axe 3, intitulé : « *Promouvoir une politique active de prévention des risques auprès des adhérents, en ciblant les risques prioritaires* » a été établi. Il a pour objectif de renforcer la capacité des Très Petites Entreprises (TPE) et des Petites et Moyennes Entreprises (PME) à s'engager dans des actions d'amélioration des conditions de travail. Cette logique de développement de la prévention s'inscrit dans la poursuite des actions de sensibilisations collectives au sujet de différentes thématiques, et ce auprès des acteurs du travail.

Parmi ces différentes thématiques, plusieurs catégories de risques ont été définies comme prioritaires :

- Les TMS ;
- Les RPS ;
- Le secteur de l'aide à domicile ;
- Les risques CMR²⁵ ;
- Le risque routier ;
- Les conduites addictives.

²⁵ Substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)

Cette dernière thématique est celle qui a notamment motivé la direction du service à nous recruter dans le cadre d'une thèse CIFRE en 2017. En effet, un objectif spécifique a été attribué concernant ce domaine : « *Contribuer à la réduction de l'impact socio-économique par la prévention des conduites addictives* ». Cet objectif a été subdivisé en objectifs spécifiques :

- Informer, sensibiliser les salariés sur l'usage de substances psychoactives et ses conséquences ;
- Apporter une aide aux managers et aux collectifs de travail pour la gestion du risque sécuritaire ;
- Etablir un diagnostic sur les conduites addictives dans l'entreprise afin de définir, par la suite, les priorités d'actions ;
- Améliorer le travail en réseau : travailler ensemble avec l'apport des compétences et des spécificités de chacun.

Pour atteindre ces différents objectifs, un groupe de travail « Addictions » s'est constitué au sein de SMTVO courant 2014. Piloté par une infirmière en santé au travail et un médecin du travail, il regroupait un médecin, des infirmières, une IPRP, une psychologue du travail et se réunissait environ une fois par trimestre.

Les objectifs fixés pour le groupe de travail sont les suivants :

- Développer la formation des médecins et infirmiers en santé au travail sur le repérage précoce et l'intervention brève pour la prévention des pratiques addictives en milieu professionnel ;
- Réaliser un état des lieux pour définir les priorités d'actions ;
- Mettre en place un programme d'actions sur la prévention des addictions avec notamment le renforcement des sensibilisations sur les produits addictifs, en direction des salariés mais aussi de l'encadrement et des membres des CHSCT ;
- Formaliser un réseau de médecins du travail, infirmières SST, médecins généralistes, addictologues, centre de cure et de post cure ;
- Accompagner l'employeur dans la rédaction du DU pour ce type de risque, apporter des conseils et déterminer les conduites à tenir.

A ce moment, les actions de prévention au sein du service consistaient principalement à réaliser des interventions collectives de sensibilisation sur les risques liés à la consommation de tabac. Des actions de sensibilisation individuelle étaient également réalisées dans le cadre des visites d'information et de prévention²⁶ (VIP).

C'est dans ce contexte que nous avons été intégrés au sein du service en février 2017 en tant que stagiaire dans l'attente de la validation du contrat CIFRE. Les six mois de stage effectués ont permis la rédaction d'une recherche préliminaire réalisée au sein du service (Fettah, 2017) dont les résultats ont permis de mettre en avant plusieurs constats :

- Il semblerait que plusieurs facteurs tels que le poste, la formation ou l'expérience puissent influencer la représentation du lien entre travail et conduites addictives ;
- Le lien entre conduites addictives et conditions de travail semble être envisagé comme existant par les acteurs de la santé au travail, sans pour autant que ce lien soit facilement repérable ;
- Les échanges établis lors des « réunions addictions » ont mis en avant l'importance d'avoir recours à des « outils » (moyens techniques et humains) pour améliorer la prévention sur cette thématique ;
- Il existe une réelle volonté du service de développer de façon plus conséquente la prévention des risques liés à la consommation de substances psychotropes en milieu de travail.

Parallèlement, le cadre théorique proposé précédemment nous a amenés à considérer plusieurs faits :

- Les consommations de substances psychotropes sont une vaste thématique dont il est encore difficile de définir l'ensemble des causes et effets. Elles

²⁶Les objectifs des VIP sont précisés par le Code du travail : interroger le salarié sur son état de santé, l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail, le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre, identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail, l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail (Article R4624-11 du Code du Travail).

représentent aujourd'hui un objet complexe dont les terminologies et concepts sont en constante mutation ;

- Les évolutions du monde du travail et les effets délétères qu'elles peuvent induire sur les travailleurs peuvent les amener à avoir recours à l'usage de substances psychotropes pour divers motifs (dopage, intégration au collectif, réponse à l'environnement...).

La thématique du lien entre travail et conduites addictives suscite de plus en plus d'intérêt en recherche, au regard des nombreuses enquêtes épidémiologiques et des quelques modèles de problématisation évoqués. Cependant, parmi les recherches menées en sciences sociales et notamment dans le domaine de la santé au travail, aucune ne semble porter sur la perception de ce lien auprès des professionnels de santé. Or, dans leur pratique, ces derniers peuvent être confrontés à des situations de conduites addictives chez les salariés. D'après l'étude préliminaire que nous avons conduite (Fettah, 2017), il semblerait qu'il reste encore nécessaire de développer des connaissances sur ce sujet afin de contribuer à l'amélioration de la pratique des acteurs des SSTI. L'étude de leurs représentations professionnelles semblait donc être un angle d'approche intéressant d'investigation car nous l'avons vu, les représentations professionnelles ont un impact fort dans le guidage des pratiques (Blin, 1997, p.143). Leur étude permettrait donc potentiellement d'avoir une meilleure compréhension de la manière dont les professionnels de la santé au travail s'emparent de cette thématique de prévention. Dans cette logique, s'ancrer au sein d'un service de santé au travail interentreprises nous permettrait également de comprendre et de participer au développement de la prévention des conduites addictives en milieu de travail, afin d'établir un état des contraintes et ressources qui y sont liées.

II. CHAPITRE II – PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1. Enjeux et objectifs

Les constats tirés de notre cadre théorique et de notre expérience terrain préliminaire nous ont poussés à étudier la dyade « travail et prévention des conduites addictives » sous l'angle des représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail. Nous souhaitons inscrire notre étude dans une perspective

compréhensive, caractérisée par une inspiration à la fois théorique et empirique. Nous souhaitons également proposer un champ d'exploration étendu concernant notre objet de recherche (Charmillot & Seferdjeli, 2002, p.199). Comprenons en ce sens que nous ne souhaitons pas baser notre travail sur une définition de notre perception du lien entre travail et usages de substances. A cette perspective compréhensive, nous nous inscrivons dans une approche heuristique²⁷ basée sur l'usage d'outils différents pour appréhender notre objet de recherche. Nous espérons que cette volonté de cadrer notre travail sous ces deux aspects (compréhensif et heuristique) nous permettra de dégager une première lecture caractéristique des représentations des acteurs en SSTI et de la façon dont s'articule la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Notre étude se propose de contribuer au développement des connaissances et à l'inscription de la psychologie du travail et des organisations dans le champ « travail et psychotropes ». Ainsi, ce travail de recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux déjà réalisés traitant du lien entre conduites addictives et actions de prévention en milieu professionnel. En restant axé sur cette thématique, et grâce aux apports de PTO, notre travail s'articule autour d'un double enjeu :

1. Contribuer au développement de connaissances théorico-pratiques sur la thématique des conduites addictives en milieu de travail (Lutz, 2017) en élaborant une méthodologie spécifique pour recueillir les Représentations Professionnelles (Piasser, 1993) des acteurs de la santé au travail en Services de Santé Interentreprises ;
2. Participer au développement de la prévention des conduites addictives en lien avec le travail, par l'intervention auprès d'entreprises adhérentes au sein du SSTI accueillant la convention CIFRE.

De par cette approche novatrice fondée sur une méthodologie caractéristique des « recherche-action », mêlant recueil de données et intervention en milieu de travail, notre étude s'inscrit dans une démarche exploratoire. Le manque de recherches évoquant les représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail au sujet du lien entre travail et conduites addictives souligne notamment

²⁷ Approche formative, servant à la découverte.

l'intérêt de l'exploration de cette thématique. Au sens entendu par Trudel et al., (2007), une démarche exploratoire permettrait de :

« Baliser une réalité à étudier ou de choisir les méthodes de collecte des données les plus appropriées pour documenter les aspects de cette réalité ou encore de sélectionner des informateurs ou des sources de données capables d'informer sur ces aspects » (Trudel et al., 2007, p.39).

Notre étude est donc animée par une démarche empirico-inductive destinée à mettre en lumière des faits, données brutes réelles et observables afin d'en dégager des justifications. Elle servirait donc principalement à nous familiariser avec la thématique étudiée afin d'en tirer des réflexions pour des recherches futures et générer de nouveaux questionnements ou hypothèses, en proposant une première clé de lecture autour des objets de recherche précités.

« Exploratoire » ne signifie pas pour autant « sans cadrage ». En effet, afin de conserver une certaine rigueur et afin d'éviter une dispersion potentielle dans le cadre de notre recueil de données et de nos actions, nous avons souhaité articuler notre travail autour de deux axes d'investigation.

2. Axes d'investigations

Afin de mener à bien cette recherche, la problématique se décline en deux grands axes de connaissances complémentaires qui seront traités par des méthodologies spécifiques. Les résultats obtenus nous permettront de mettre ces axes en relation afin d'en tirer des observations.

2.1 AXE I – Enquête sur les représentations professionnelles du lien entre travail et conduites addictives auprès du personnel de santé en Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI)

Le premier axe consiste en la réalisation d'une enquête sur les représentations professionnelles, menée auprès du personnel de santé en SSTI (médecins du travail, infirmiers(ères) du travail, préventeurs des risques professionnels). Cette approche novatrice – car jusqu'alors non investiguée – a pour objectif de développer des connaissances d'usage et pratiques multiples, notamment appliquées au domaine de la santé au travail, et en particulier à la prévention de l'usage de substances psychoactives. L'essence de cet axe repose sur la volonté de

dépasser l'enquête d'opinion en proposant de mettre en lumière les conceptions qui ont constitué la genèse des démarches de prévention. Cette approche consiste dans un premier temps à identifier des « *concepts-clés* » (Galand & Salès-Wuillemin, 2009) socialement partagés et facilement associés à l'objet étudié. Il s'agirait ensuite de mettre en évidence les éléments qui explicitent la façon dont ces concepts sont articulés, c'est-à-dire :

« *Accéder aux réseaux de signification déployés par les individus lorsqu'ils évoquent l'objet de représentation* » (Dany & Apostolidis, 2002, 2007 ; Katerelos, 2003 ; Galand & Salès-Wuillemin, 2009a).

2.2 AXE II – Développement d'actions de prévention au sein des entreprises adhérentes à SMTVO.

Le second axe porte sur le versant « *actions en entreprise* » et s'inscrit dans des actions menées directement avec le SMTVO et ses acteurs. Intégré au sein de la structure en tant qu'intervenant et doctorant, nous développons des actions de prévention, au sein d'entreprises adhérentes au service, sur le thème des conduites addictives et ce sur l'ensemble du processus d'action engagé : de l'analyse de la demande à la mise en œuvre du diagnostic, en passant par la construction de la méthodologie d'action... Cette étude sera basée sur une étape préalable de compréhension des logiques d'intervention mises en œuvre (genèse problématique, méthodes, résultats...). Les modalités de développement de cet axe ont été définies au cours des premiers mois de la thèse avec les acteurs et selon les opportunités de la structure (choix des situations, modalités de coordination entre acteurs, temporalité...). Associé à ce regard porté sur les actions réalisées, l'objectif est également de questionner les entreprises-adhérentes sur l'efficacité des dispositifs existants afin d'avoir un retour d'expérience.

Grâce aux résultats de cette étude de terrain, il sera possible de mieux cerner les attentes des entreprises et de pouvoir agir lors du pilotage de ces interventions. Il s'agira notamment d'aider le personnel du SMTVO et plus largement les acteurs en SST en matière d'outils de prévention et de sensibilisation, afin de mieux répondre aux problématiques des conduites addictives au travail. Compte tenu de la nature du sujet, le travail de thèse nécessite information et coopération avec l'ensemble des

acteurs. En cela, le cadre d'une CIFRE est adapté car il permet une insertion continue des doctorants au sein des structures d'accueil.

Afin d'encadrer et d'accompagner le déroulement de notre travail de recherche, un comité de suivi de pilotage a été constitué. Ce dernier regroupe les membres suivants :

- M. Gérard Valléry, professeur émérite des universités à l'UPJV d'Amiens ;
- Mme. Isabelle Desmarais, directrice du SMTVO ;
- M. Hervé Decoussy, médecin du travail coordonateur du SMTVO ;
- M. Victor Oudin, responsable du pôle technique et organisationnel du SMTVO ;
- Mme. Virginie Thomas, psychologue du travail et ergonomiste au SMTVO ;
- Mme. Magali Roger, psychologue du travail à la CARSAT Hauts-de-France ;
- M. Philippe Hache, médecin du travail et expert en addictologie à l'INRS ;
- M. Paul Depézeville, chargé de mission à l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) ;
- M. Sami Fettah, doctorant psychologue du travail.

Ce comité de pilotage fut réuni une fois par trimestre environ. Il avait pour fonction d'ouvrir un espace d'échange permettant de réaliser un état des lieux des avancées de notre travail à chaque étape. Il avait également un rôle de conseil dans la mise en action des différentes modalités de notre travail.

Les dispositifs méthodologiques déployés et les résultats recueillis seront explicités pour chaque axe dans les parties suivantes.

III. CHAPITRE III – AXE I: LES REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES DU LIEN ENTRE TRAVAIL ET CONDUITES ADDICTIVES AUPRES DU PERSONNEL DE SANTE EN SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES (SSTI)

A partir de méthodes de recueil qualitatives et quantitatives, nous avons tenté de répondre à notre problématique générale. Pour appuyer le propos et faciliter la lecture de notre recherche, cette partie présente les méthodes de recueil utilisées, les sujets mobilisés, les outils d'analyse déployés ainsi que les résultats obtenus.

L'objectif général de ce premier axe réside en l'appréhension des représentations professionnelles du lien entre travail et conduites addictives chez les acteurs de la santé au travail. Comme nous l'avons précisé précédemment, la littérature fournit peu de contenu concernant cette thématique. Il s'agissait donc dans un premier temps d'envisager si cet objet de recherche pouvait incarner une représentation professionnelle.

1. Méthodologie

1.1 Objet de recherche et objet des représentations professionnelles

Les travaux de Moscovici sur les représentations sociales (1961, cités dans Blin, 1997, p.84) avaient souligné trois éléments nécessaires à l'apparition d'une représentation :

- « *La dispersion de l'information concernant l'objet du fait de sa complexité ou en raison de barrières sociales et culturelles ;*
- *La focalisation sur certains aspects de l'objet en raison de la position spécifique du sujet ou du groupe vis-à-vis de l'objet ;*
- *La nécessité de communiquer et d'agir à propos de cet objet qui oblige le sujet à combler les lacunes de ses savoirs sur ce dernier » (ibid).*

Pascal Moliner (1993, cité dans Blin, 1997, p.85) considérait ces éléments insuffisants pour identifier un élément comme objet représentationnel. Blin s'inspire alors de ses travaux afin de définir quatre principes permettant d'identifier un objet comme objet représentationnel :

- L'objet doit être polymorphe : il doit donc apparaître sous plusieurs formes dans le cadre du travail ;
- La maîtrise notionnelle et pratique des professionnels au regard de l'objet constitue un aspect important en termes d'enjeux au sein du groupe professionnel ;
- L'existence de l'objet implique l'existence d'un groupe professionnel. Au même titre que les travaux de Moliner (1993, cité dans Pianelli et al., 2010, p.245), le groupe peut naître de l'existence de la représentation (configuration structurelle) ou participer à la dynamique du groupe (configuration conjoncturelle).
- Les enjeux liés à l'objet permettent notamment de contribuer au maintien de l'identité du groupe confronté à un objet étranger ;
- Le groupe n'est pas régi par une instance qui contrôle et diffuse les conduites (Moliner et al, 2002, p. 31). En effet, les processus représentationnels ne peuvent se constituer dans un système orthodoxe, car ce dernier favorise principalement la production idéologique ou scientifique (Moliner, 1996, p.46).

A la lumière de ces éléments, nous proposons ci-dessous un tableau permettant de confirmer l'appartenance de notre thématique de recherche au champ des représentations. Pour ce faire, nous avons sélectionné à la fois des situations ou éléments pratiques issus de notre expérience en tant que psychologue du travail au sein du SMTVO, et à la fois des travaux relatés au sein de notre cadre théorique :

Tableau 3 – Synthèse des critères d'appartenance au champ des représentations (selon Blin, 1997, p.85)

CRITÈRES	CONTEXTUALISATION
Polymorphie de l'objet	<i>Les SPA et plus largement les conduites addictives s'inscrivent de diverses manières dans le milieu du travail : qu'elles soient liées à la consommation d'une substance ou la pratique d'un comportement (addiction au travail, au jeu, aux écrans...), elles</i>

	<p><i>prennent différentes formes et s'inscrivent dans l'histoire des travailleurs (Sting & Blum, 2003)</i></p> <p><i>D'un point de vue pratique, les conduites addictives prennent également plusieurs formes dans le cadre de la prévention auprès des acteurs de la santé au travail. Ainsi, elles peuvent être abordées d'un point de vue médical (exemple : prise en charge par le médecin du travail) ou préventif (exemple : campagne de sensibilisation liées aux usages de substances psychotropes).</i></p>
<p>Maitrise de l'objet</p>	<p><i>Les médecins et infirmiers de santé au travail occupent une fonction de tiers entre salariés et employeurs. Ils sont également une ressource sur les questions de santé pour tous les acteurs de l'entreprise : ils aident les employeurs à réduire la pénibilité des tâches, à améliorer les conditions de travail en général, mais aussi à mieux prévenir les consommations de substances psychoactives, et notamment celles qui sont directement liées au travail (Présanse²⁸, 2019).</i></p> <p><i>De ce fait, on peut supposer que les acteurs du travail possèdent un socle de connaissances sur la thématique des usages de substances, et plus largement de conduites addictives et addictions, acquis lors des études supérieures ou des expériences en tant que professionnels (Frayse, 1998, p.137 ; Piasser et Ratinaud, 2010, p.11).</i></p>

²⁸ Association à but non lucratif, Présanse (Prévention, Santé, Service, Entreprise) est l'organisme représentatif des 240 Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) de France. Le réseau Présanse fonde sa légitimité sur l'activité des territoires et sur les compétences des 17 000 professionnels à l'œuvre au quotidien au sein des SSTI. Les Services représentés par Présanse se positionnent comme une ressource importante et utile dans le champ de la santé au travail.

<p>Configuration de l'objet</p>	<p><i>Les éléments relatés précédemment montrent donc que la thématique des conduites addictives en lien avec le travail constitue donc un enjeu dans les services de santé au travail. Les objectifs définis par le projet de service de SMTVO (2015, p.48) montrent également l'enjeu que constitue la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Or, bien que celle-ci soit un enjeu, on ne pourrait considérer qu'elle constitue l'origine unique du groupe que représentent les services de santé au travail. Il semblerait donc que notre objet de recherche participe plutôt à la dynamique du groupe, donnant alors une configuration conjoncturelle plus que structurelle (Blin, 1997, p.85).</i></p>
<p>Enjeux liés à l'objet</p>	<p><i>Le travail de prévention globale mais aussi ciblée sur la question des conduites addictives constitue donc un enjeu pour les acteurs de la santé au travail. Il peut contribuer au maintien de l'identité du groupe en question sous plusieurs formes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Une forme physique et organisationnelle dans le sens où le SMTVO a établi la prévention des conduites addictives en milieu de travail comme un objectif de développement (SMTVO, 2015, p.48), permettant ainsi le renouvellement de son agrément²⁹ et donc du maintien de l'activité du service.</i> - <i>Une forme sociale dans le sens où les représentations liées à un objet constituent un pré-requis à l'émergence</i>

²⁹ L'agrément est un document délivré par la DIRECCTE. Il fixe le cadre dans lequel le service de santé au travail est autorisé à intervenir pour mener ses missions et permettre aux employeurs de répondre à leurs obligations en matière de suivi de la santé de leurs salariés. Il garantit la qualité des prestations offertes, notamment vis-à-vis des entreprises adhérentes, et leur conformité avec les exigences réglementaires, ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé et sécurité au travail (Ministère du Travail, de l'emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, 2012)

	<p><i>des identités, et donc au maintien de celles-ci (Blin, 1997, p.187).</i></p>
<p>Non orthodoxie du groupe</p>	<p><i>Enfin, bien que les acteurs des services de santé au travail s'inscrivent dans des missions de conseil, de prévention et de prise en charge établies sur la base de données scientifiques, ils ne semblent pas pour autant répondre à une logique idéologique diffusée par une configuration orthodoxe. En effet, les travaux préliminaires que nous avons réalisés (Fettah, 2017) soulignaient déjà précocement une diversité de représentations sur la thématique des conduites addictives et des usages de psychotropes.</i></p>

Par ces éléments à la fois théoriques et pratiques, il semble donc possible d'affirmer que la prévention des conduites addictives en lien avec le travail constitue un objet du champ représentationnel des acteurs de la santé au travail.

Suite à ce constat, notre objectif est de pouvoir créer un outil permettant de déceler les représentations professionnelles des salariés travaillant en SSTI. Le choix méthodologique s'est porté sur une méthode quantitative. En effet, le caractère inductif de notre étude nous impose une certaine rigueur et une structure afin de favoriser les éléments les plus pertinents pour notre recueil de données. En cela, la recherche quantitative peut être concluante dans sa finalité puisqu'elle essaie de quantifier un phénomène, et de comprendre à quel point il est partagé ou non en cherchant des résultats qui peuvent être projetés sur une plus grande population. Du fait du peu d'études réalisées sur cette thématique, il s'avérait également important pour nous d'essayer de produire des résultats provenant d'un échantillon le plus significatif et représentatif possible.

De ce fait, et contrairement à la plupart des méthodes d'exploration, l'usage d'un questionnaire permet une diffusion auprès d'un très large échantillon

d'utilisateurs. Sur la base de techniques d'échantillonnage spécifiques, il est alors possible de détecter la prévalence de comportements ou attitudes dans une population donnée, et de connaître plus précisément les caractéristiques de cette population. Le questionnaire pourra nous aider à recueillir des données représentatives qui seront utiles à la compréhension d'un phénomène (Lallemand, 2016, p.97).

1.2 Le questionnaire

Cet outil à visée collective est couramment utilisé dans le cadre d'enquêtes en sciences humaines. Bien qu'il puisse prendre différentes formes en fonction des recherches, il consiste à combiner plusieurs questions dans une logique de compréhension des attitudes, opinions... (Guibert & Jumel, 1997, p. 146).

Dans le cadre de notre étude des représentations, nous nous sommes inspirés des travaux de Pierre Vergès (2001). En effet, ce sociologue a réalisé des recherches sur l'étude des représentations sociales par recueil de questionnaire. Ses travaux ont été développés dans une logique de compléter les données qualitatives d'analyse de l'organisation des représentations.

Nous avons donc fait le choix de créer un questionnaire auto-administré par internet. Les participants ont pu répondre au questionnaire reçu par voie électronique en se connectant à une plateforme d'hébergement (Survey Monkey ©). L'objectif de cet outil est de mettre en lumière les représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail concernant les conduites addictives et leur lien avec le travail. La récolte de données empiriques nous a permis de faire ressortir des facteurs pouvant influencer ces représentations (comme par exemple la profession exercée, l'expérience, l'ancienneté...). Nous avons la volonté de dépasser une logique descriptive en proposant une dimension explicative par l'étude des relations entre les différentes données qui seront recueillies. Différentes étapes ont donc permis le développement de notre outil :

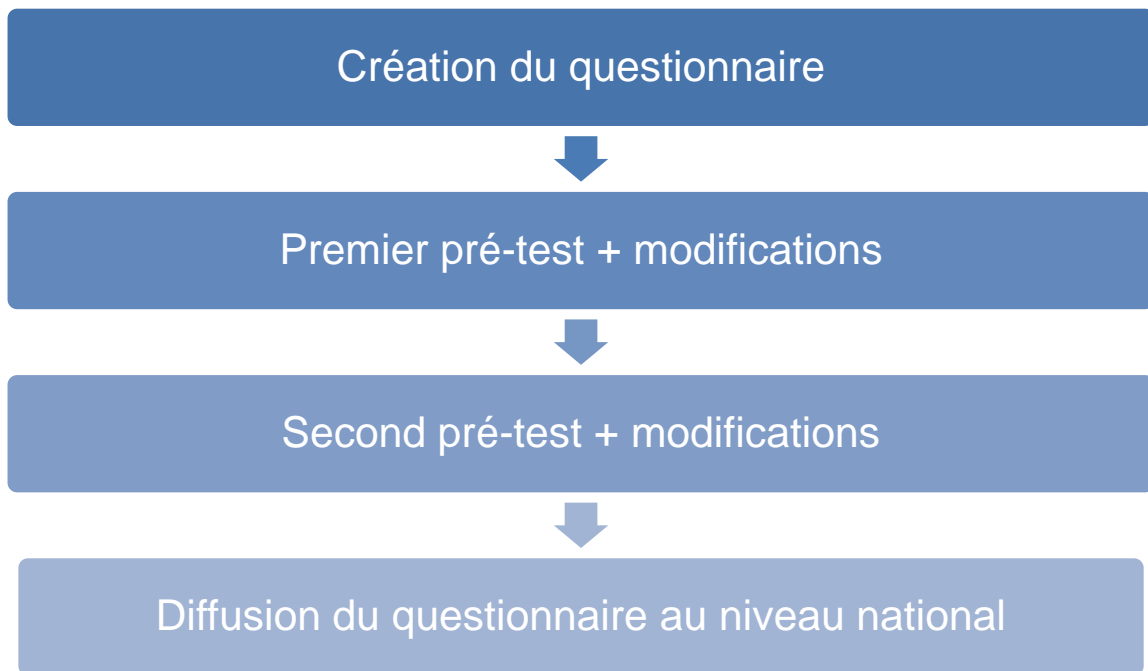


Figure 17 – Etapes de développement du questionnaire

1.2.1 Création du questionnaire

La construction du questionnaire a été réalisée dans un premier temps via l’outil Google Form. Ce dernier a par la suite été retranscrit sur la plateforme en ligne Survey Monkey ©. Le choix de cette plateforme est justifié par trois éléments :

- (1) Les remarques du pré-test (cf. Phase de pré-test v.1) ;
- (2) La politique de protection des données exercée par la plateforme Survey Monkey © était complète et répondait aux aspects éthiques et déontologiques de notre recherche. En effet, le respect des lois et des réglementations en vigueur du nouveau règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD) était un pré-requis dans la réalisation de notre travail. Les développeurs de la plateforme appliquent ainsi les normes de sécurité de l’industrie pour prendre en compte la nature des données collectées (Survey Monkey, 2020) ;
- (3) Notre expérience en tant que psychologue du travail au sein de SMTVO nous donnait la possibilité d’utiliser une version plus développée de la plateforme et offrait ainsi un choix d’outils non négligeable dans la construction de notre questionnaire.

La construction d'un questionnaire n'est pas une démarche aisée, en partie lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la fois à des éléments quantitatifs et qualitatifs. Il était alors important de déterminer les indicateurs à mesurer pour répondre à notre problématique de recherche. Notre outil a donc été divisé en différents thèmes (cf. Tableau 4) qui seront développés ci-après :

Tableau 4 – Récapitulatif des différents thèmes du questionnaire

THEMES	OBJECTIFS
Consigne	<i>Présenter la recherche, ses objectifs et les acteurs de cette démarche</i>
Éléments de contexte	<i>Recueillir des données épidémiologiques à propos des répondants pour établir d'éventuelles typologies de réponse en fonction de différents indicateurs</i>
Association libre et hiérarchisation	<i>Recueillir des éléments sur l'organisation de la représentation professionnelle des sondés au sujet des conduites addictives</i>
Questionnaire de caractérisation	<i>Situer les facteurs d'influence de consommation en lien avec le travail les plus caractéristiques pour les répondants</i>
Préconisations	<i>Sonder les besoins et attentes sur les démarches de prévention de consommation de SPA en lien avec le travail</i>
Aspect épistémologique	<i>Contribuer au développement des connaissances sur la distinction entre « conduites addictives » et « addiction »</i>
Remerciements	<i>Clôturer le sondage et recueillir les contacts des sondés intéressés d'avoir accès aux résultats</i>

1.2.1.1 La consigne

Comme dans toute interaction, il est important de savoir respecter certains usages, chaque questionnaire doit donc débuter par une introduction suivie d'une présentation des acteurs-clés en lien avec le questionnaire : le nom de l'enquêteur, de la structure qui réalise le sondage et éventuellement de l'échantillon ciblé. Il faut

également expliquer le thème de l'enquête au sondé et ses implications, particulièrement lorsque le sujet est complexe ou délicat (Champelly, 2005, p.14). Dans ce dernier cas, il est indispensable de rappeler la garantie de confidentialité.

Respectant ces principes, notre consigne a été divisée en plusieurs parties, donnant des indications pour chacune d'entre elles :

- Présentation du projet : les partenaires du projet, les objectifs de l'étude ;
- Déroulement de la passation : nous présentons brièvement les cinq thèmes du questionnaire (cf. Tableau 5) et la durée moyenne de passation ;
- Utilisation pratique du questionnaire : nous décrivons ici les aspects techniques liés à la passation de notre outil (items obligatoires, possibilité de revenir en arrière etc.) ;
- Confidentialité : nous rappelons ici les modalités éthiques et déontologiques auxquelles est soumis notre recueil de données ;
- La restitution des résultats : nous précisons que les sondés peuvent fournir leurs coordonnées à l'issue de la passation si ces derniers souhaitent avoir accès aux résultats de l'enquête.

1.2.1.2 Les éléments de contexte

Cette partie comporte un ensemble de questions liées à la profession des personnes interrogées. Elle est composée de neuf questions fermées dont trois proposent une échelle de Likert (1932) allant de 0 à 5 afin que le participant puisse se positionner. Le type de données recueillies ainsi que les modalités de réponses choisies sont précisées dans le tableau suivant (cf. Tableau 5).

Tableau 5 – Présentation du type de données recueillies et modalités de réponses associées pour la thématique : « Éléments de contexte »

THEMES	DONNÉES RECUEILLIES	TYPE DE QUESTION	MODALITÉ DE RÉPONSE
Éléments de	Région d'exercice	Fermée	Liste déroulante
	Nombre de salariés au	Fermée	Choix multiple à réponse

contexte	<i>sein du SSTI</i>		<i>unique</i>
	<i>Secteur d'activité et habilitation du SSTI</i>	<i>Semi-ouverte</i>	<i>Choix multiple à réponse multiple + option de réponse « autre »</i>
	<i>Nombre d'adhérents rattachés à la structure</i>	<i>Fermée</i>	<i>Choix multiple à réponse unique</i>
	<i>Fonction exercée</i>	<i>Fermée</i>	<i>Choix multiple à réponse unique</i>
	<i>Ancienneté (avant l'intégration au SSTI et au sein du SSTI)</i>	<i>Fermée</i>	<i>Liste déroulante</i>
	<i>Participation à des formations sur la question des CA en milieu professionnel</i>	<i>Fermée</i>	<i>Choix multiple à réponse unique</i>
	<i>Evaluation du degré d'utilité perçu de la formation</i>	<i>Fermée</i>	<i>Échelle de Likert (de 0 à 5)</i>
	<i>Evaluation du degré d'intérêt perçu au sujet des CA en lien avec le travail</i>	<i>Fermée</i>	<i>Échelle de Likert (de 0 à 5)</i>
	<i>Evaluation du temps alloué à la prévention des CA en milieu de travail</i>	<i>Fermée</i>	<i>Échelle de Likert (de 0 à 5)</i>

1.2.1.3 Association libre et hiérarchisation

Cette partie du questionnaire propose une première approche des conduites addictives en milieu de travail. La méthode de recueil de données utilisée est celle dite de l'association libre (Abric 2003 ; De Rosa, 2003). Elle consiste, à partir d'un mot inducteur, à demander au sujet de donner tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit.

L'avantage du caractère spontané lié à cette méthode réside dans la rapidité et la facilité de la mise en place de l'outil. Il permet d'accéder rapidement aux éléments qui constituent l'univers sémantique de l'objet étudié.

Dans un premier temps, à partir d'un mot inducteur, le sujet va produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. La technique d'association libre permet de recueillir des termes utilisés pour imaginer l'objet de représentation. Ces termes sont définis par les liens qu'ils entretiennent entre eux et l'objet représenté. Cette méthode permet d'accéder aux éléments constitutifs des représentations professionnelles.

Les mots permettront de cerner leur organisation et de saisir une structure plus profonde de la représentation sociale des conduites addictives. Dans un second temps, les sujets vont classer les mots produits en fonction de leur importance, au regard de l'objet et de leur représentativité.

Dans le cas présent, les sujets doivent écrire entre 5 et 10 mots auxquels ils pensent lorsqu'ils lisent le mot : « conduite addictive ». Dans un second temps, les participants étaient amenés à hiérarchiser leurs mots en fonction de leur représentativité.

1.2.1.4 Questionnaire de caractérisation

La construction du questionnaire a été inspirée de la méthode de recueil des représentations sociales de Pierre Vergès (2001). Le questionnaire permet d'introduire les aspects quantitatifs fondamentaux d'une représentation et de mettre en évidence les facteurs explicatifs de l'objet étudié. Il permet une standardisation qui réduit les variations interindividuelles et le risque subjectif de recueil.

Le questionnaire de caractérisation permet de décrire la représentation professionnelle, de situer l'objet de représentation et d'identifier son organisation.

Son objectif est de sélectionner les éléments qui ont une forte « saillance » vis à vis des conduites addictives. En complément de l'association libre, cet outil permet d'accéder au positionnement des thèmes présents au sein de la représentation des CA, cette fois-ci mis en lien avec les conditions de travail. Contrairement au côté inducteur de l'association libre, le sujet va devoir faire un choix face à plusieurs items proposés. Nous avons porté notre intérêt sur les facteurs de l'organisation de travail pouvant éventuellement avoir une influence dans la consommation de SPA.

La méthode de Pierre Vergès (2001, p.539) suppose une construction et un traitement statistique spécifique. En effet, le nombre d'items doit être un multiple de 3. Nous avons fait le choix de proposer 12 items pour essayer d'obtenir un équilibre en termes de représentativité des facteurs et de faisabilité. En effet, nous avons à l'esprit qu'il était important de limiter la durée de passation du questionnaire pour optimiser le taux de réponse et d'adhésion des participants.

La liste d'items est constituée de différents facteurs internes à l'organisation de travail pouvant influencer la consommation de SPA. Les items ont été créés à l'aide des différents facteurs internes à l'organisation du travail. Pour ce faire, nous avons sélectionné ces derniers en fonction d'études épidémiologiques et de recherches scientifiques montrant un lien d'influence avec la consommation de SPA.

La dénomination des items a également été réalisée à l'aide de l'outil « *Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU* » de l'INRS (2018) évaluant les facteurs de risques psychosociaux. Cet outil a été créé à la suite du rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux (2011). Il a été créé dans le but d'aider les entreprises à identifier les facteurs de risques psychosociaux auxquels sont soumis les salariés. L'ensemble des facteurs sélectionnés bénéficie donc d'une justification via une recherche scientifique ou sa présence au sein du document de l'INRS. Cet outil étant uniquement diffusé par l'INRS sous forme de brochure physique ou de document électronique à télécharger sur leur site³⁰, il ne sera donc pas joint en annexe.

Nous proposons donc la liste des douze facteurs suivante :

- Les horaires de travail ;

³⁰ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206403>

- Les conditions météorologiques ;
- La sécurité de l'emploi ;
- L'autonomie ;
- La vigilance ;
- Les relations hiérarchiques ;
- Les relations avec les collègues ;
- La reconnaissance perçue du travail ;
- Les conflits de valeurs ;
- La culture d'entreprise ;
- Les exigences émotionnelles ;
- Les facteurs extra-professionnels.

Nous avons également choisi de proposer : « facteurs extra-professionnels » afin de donner la possibilité aux répondants de considérer cet aspect et d'éviter un sentiment de « contrainte » lors du choix des réponses.

Cette partie du questionnaire propose également une question ouverte qui permet d'identifier d'autres facteurs liés au travail, que les participants considèrent comme pouvant influencer la consommation de substances psychoactives.

Cette section du questionnaire permettra d'identifier les éléments qui composent les différentes dimensions d'une représentation, et les éléments qui divisent la population en sous-groupes ayant des représentations divergentes.

1.2.1.5 Préconisations

Cette partie du questionnaire regroupe un ensemble de questions concernant des préconisations sur le lien entre conduites addictives et travail. Le type de données recueillies ainsi que les modalités de réponses choisies sont précisées dans le tableau suivant (cf. Tableau 6) :

Tableau 6 – Présentation du type de données recueillies et modalités de réponses associées pour la thématique : « Préconisations »

THEM	DONNÉES RECUEILLIES	TYPE DE QUESTION	MODALITÉ DE RÉPONSE
Préconisations	<i>Evaluation du degré d'importance perçu concernant l'importance de la pluridisciplinarité (en interne) sur le développement de la prévention de l'usage de SPA en milieu de travail</i>	<i>Fermée</i>	<i>Échelle de Likert (de 0 à 5)</i>
	<i>Evaluation du degré d'importance perçu concernant l'importance de la pluridisciplinarité (avec les acteurs externes³¹) sur le développement de la prévention de l'usage de SPA en milieu de travail</i>	<i>Fermée</i>	<i>Échelle de Likert (de 0 à 5)</i>
	<i>Connaissances concernant des mesures de prévention mises en place au sein du service lors d'une suspicion d'addiction en milieu professionnel</i>	<i>Fermée</i>	<i>Choix multiple à réponse unique</i>
	<i>Eventail des mesures de préconisations appliquées au sein du service</i>	<i>Ouverte</i>	<i>Boîte de dialogue</i>
	<i>Connaissances concernant des mesures de prévention mises en place au sein des entreprises adhérentes lors d'une suspicion d'addiction en milieu professionnel</i>	<i>Fermée</i>	<i>Choix multiple à réponse unique</i>
	<i>Eventail des mesures de préconisations appliquées au sein des entreprises adhérentes</i>	<i>Ouverte</i>	<i>Boîte de dialogue</i>
	<i>Identification des leviers de développement de la prévention sur les consommations de SPA en milieu de travail</i>	<i>Ouverte</i>	<i>Boîte de dialogue</i>
	<i>Identification des freins au développement de la prévention sur les consommations de SPA en milieu de travail</i>	<i>Ouverte</i>	<i>Boîte de dialogue</i>

³¹ Les acteurs de la pluridisciplinarité externe regroupent les structures de prise en charge individuelle, les associations d'aides comme l'ANPAA, les établissements hospitaliers...

1.2.1.6 Question épistémologique

Au regard des éléments évoqués dans le cadre théorique concernant les différentes notions qui composent le champ lexical des addictions, il nous semblait intéressant de questionner la différence faite entre les termes « addiction » et « conduite addictive » chez les professionnels de santé en SSTI. En effet, la signification de ces deux termes peut être liée à leurs représentations professionnelles et donc en influencer leur contenu. Nous avons donc proposé la question d'ouverture suivante : « *Faites-vous une différence entre les termes « addiction » et « conduite addictive »? Si oui, laquelle?* ». Cette question nous permettra de constater les divergences et/ou convergences de représentation concernant cette question, afin d'apporter des précisions sur les éléments théoriques relatés dans notre travail.

Une fois notre questionnaire établi, nous avons attendu la validation du comité de pilotage avant de lancer une phase de pré-test dans le but de vérifier sa faisabilité, sa pertinence et son acceptabilité. Cette première version est accessible en annexe (cf. Annexe 5).

1.2.2 Premier pré-test

La procédure de pré-test auprès d'un nombre restreint de personnes est pertinente pour :

« *S'assurer que le questionnaire est bien applicable, et qu'il répond effectivement aux problèmes que se pose le chercheur* » (Ghiglione & Matalon, 1998, p.136).

Elle permet de voir si notre enquête est réaliste et si son contenu ainsi que la forme des questions sont bien adaptés aux objectifs de notre recherche. Ainsi, le pré-test de l'enquête présente l'intérêt pour nous en tant que chercheur, de rechercher la meilleure adaptation entre les objectifs de l'étude, les moyens alloués et les méthodes. Cette phase permet de repérer les parties qui posent le plus de difficultés de compréhension, ou celles qui sont inappropriées pour le public concerné. Elle permettra entre autres de s'assurer qu'il n'y a pas de doutes sur la nature des informations demandées afin d'éviter l'ambiguïté dans le sens des questions. Le pré-test permet également de repérer les questions ou les items trop chargés et de vérifier s'ils sont univoques. Le pré-test permet de repérer les problèmes qui

pourraient entraîner un taux de réponse peu élevé. À la suite de ce dernier, des modifications peuvent ainsi être effectuées.

1.2.2.1 Terrain d'expérimentation

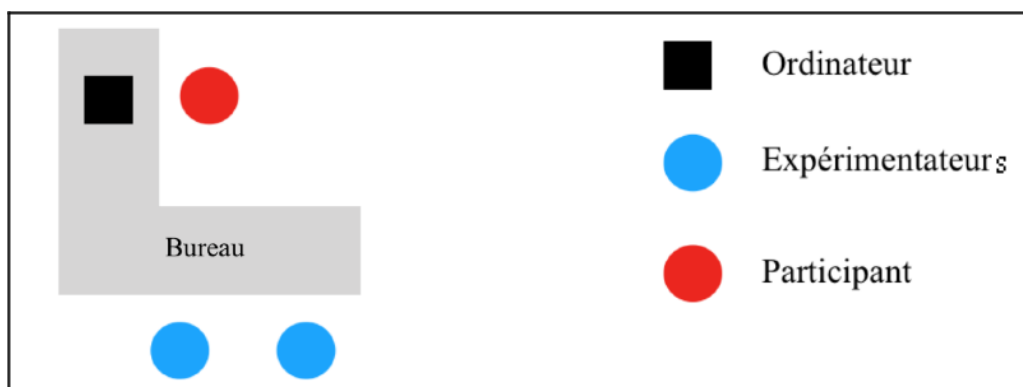
La phase de pré-test a été réalisée dans le service de Santé et Médecine du Travail de la Vallée de l'Oise (SMTVO), structure d'accueil de la CIFRE. Elle a été réalisée sur trois jours non consécutifs.

1.2.2.2 Population

La population est composée de l'ensemble des salariés des SSTI pouvant rencontrer des salariés d'entreprises adhérentes présentant des troubles liés à l'usage de SPA. Nous avons également ciblé les acteurs du service pouvant être mobilisés par une demande d'intervention concernant la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Notre population est ainsi composée de trois corps de métiers : de médecins du travail, d'infirmiers et de préventeurs. Le pré-test a été réalisé auprès de trois infirmiers, deux médecins du travail et deux préventeurs travaillant à SMTVO.

1.2.2.3 Conditions de passations

Les passations se sont déroulées dans les locaux de SMTVO. Le pré-test a été réalisé en présence du participant et de deux expérimentateurs³² participant à la recherche. Avant de réaliser le questionnaire, l'étude était présentée aux participants et il leur était précisé qu'ils pouvaient poser des questions lors de la passation si des formulations n'étaient pas compréhensibles ou s'ils avaient des remarques. Les candidats étaient placés devant un ordinateur et les deux expérimentateurs étaient assis dans la même pièce (cf. Figure 18).



³² A ce moment, nous étions accompagnés d'une étudiante de Master 1 de psychologie du travail et des organisations, stagiaire au SMTVO dans le cadre de la réalisation de son mémoire de recherche.

Figure 18 – Configuration d'une passation type

Les expérimentateurs ne donnaient aucune réponse aux questions. Toutes les remarques des candidats étaient retranscrites à l'écrit et par la suite regroupées dans un tableau (cf. Annexe 6). À la fin des passations, un dialogue était instauré afin d'échanger sur les pistes d'améliorations à apporter au questionnaire. La durée moyenne des passations du pré-test était de 29 minutes.

1.2.2.4 Ajustement de l'outil

A la suite du pré-test, notre questionnaire a été modifié sur la base des évaluations produites par les participants. Les principaux changements opérés sont les suivants :

- **Le changement de logiciel** : le questionnaire, initialement créé sur « Google Form » et a ensuite été transféré sur « Survey Monkey ». Ce dernier permet une plus grande diversité de modalités de réponses ainsi qu'une mise en forme de l'outil plus ludique ;
- **L'ordre des parties** : les questions liées à la profession ont été déplacées en première partie du questionnaire ;
- **Les questions liées à la profession** : certains items manquaient de précision et ont été reformulés ;
- **L'association libre** : la production de 10 mots obligatoires était qualifiée de : « *trop longue et compliquée* » pour la majorité des participants, nous sommes donc passés à la production de 10 mots dont 5 obligatoires. En premier lieu, les mots étaient notés au fil de la pensée du participant, nous avons ensuite inclus la hiérarchisation des mots et/ou expressions afin d'obtenir leur degré de représentativité ;
- **Le questionnaire de caractérisation** : les 12 items ont été simplifiés car ils étaient considérés comme « trop denses » par les participants. La forme des modalités de réponses a été modifiée. Le fait de choisir les 4 items les plus caractéristiques et les 4 items les moins caractéristiques causait des difficultés. Cela a donc été remplacé par une hiérarchisation des items. Les participants doivent classer les facteurs du plus influent au moins influent sur la consommation de substances psychoactives ; les 4 premiers items

représentants les plus caractéristiques et les 4 derniers les moins caractéristiques ;

- **Les préconisations** : les questions ont été reformulées.

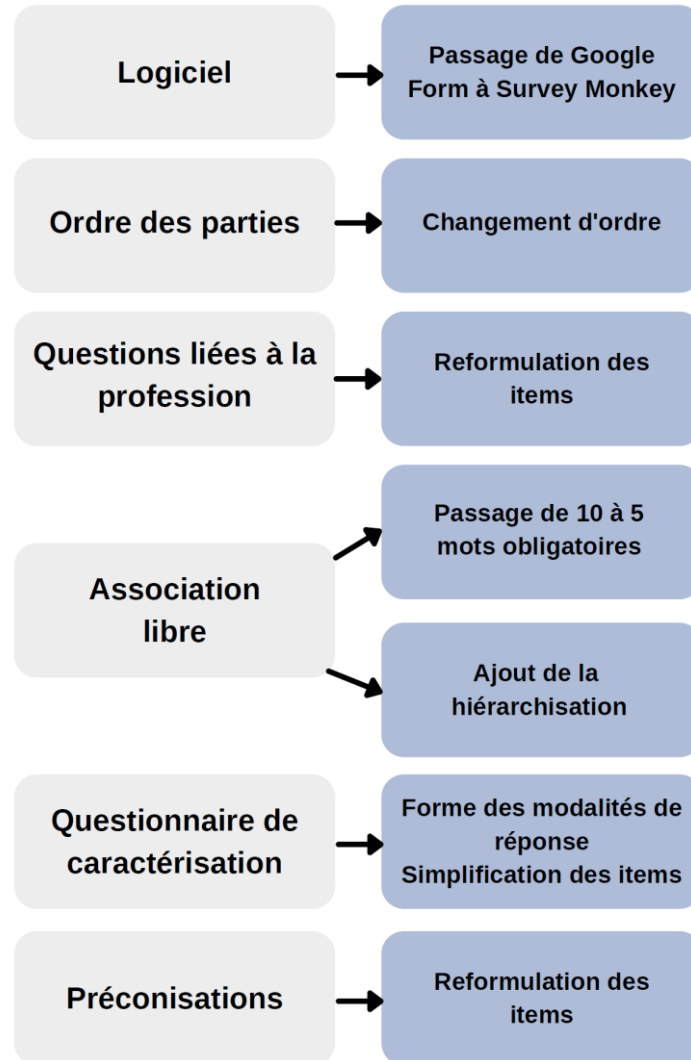


Figure 19 – Modifications effectuées à la suite du pré-test v.1

1.2.3 Second pré-test et finalisation de l'outil

À la suite du premier pré-test et des ajustements effectués sur l'outil, nous avons réalisé un deuxième pré-test avec ce nouvel outil ; ce dernier permettant de voir si les optimisations réalisées suite au premier pré-test étaient suffisantes. Le terrain d'expérimentation est identique à celui du premier pré-test.

1.2.3.1 Population

Le deuxième pré-test a été réalisé à un mois d'intervalle avec la v.1 auprès des salariés de SMTVO. La population était composée de 2 médecins du travail, 2 infirmiers, 2 préventeurs. Parmi notre échantillon sélectionné, la moitié des professionnels avait déjà réalisé la première version du pré-test. Ce choix nous a permis de confronter les points de vue des participants ayant déjà réalisé le questionnaire à celui ne l'ayant jamais réalisé mais également de voir si les modifications effectuées, à la suite des remarques récoltées, convenaient aux salariés ayant déjà effectué le questionnaire.

1.2.3.2 Conditions de passation

Les conditions de passation étaient identiques à celles de la v.1 (consigne, disposition, échanges sur les incompréhensions et les pistes d'améliorations). L'ensemble des réponses a été retranscrit dans un tableau récapitulatif (cf. Annexe 7). Une nouvelle grille d'évaluation a été créée pour la v.2 (cf. Annexe 8). Elle évalue sur une échelle de Likert de 0 à 5 la clarté des consignes, la durée, la pertinence des modalités de réponse et des items des 6 parties du questionnaire, consigne de départ incluse. La grille d'évaluation était remplie par les participants après chaque passation. La durée moyenne des passations du deuxième pré-test était de 25 minutes, soit environ quatre minutes de moins que le premier pré-test.

1.2.3.3 Ajustement de l'outil

L'outil a été modifié à la suite de la v.2. Les principaux changements sont :

- **La consigne** : la durée moyenne annoncée dans la consigne a été modifiée en fonction de la durée moyenne des passations des pré-tests :
- **Les questions liées à la profession** : les intervalles du nombre de salariés et d'adhérents ont été modifiées car elles n'étaient pas assez significatives ;
- **L'association libre** : la consigne a été reformulée sur la hiérarchisation des mots et/ou expressions ;
- **Le questionnaire de caractérisation** : la consigne a également été reformulée sur l'utilisation du logiciel ;
- **Les préconisations** : des modifications de forme ont été réalisées (mots en gras, police différente etc).

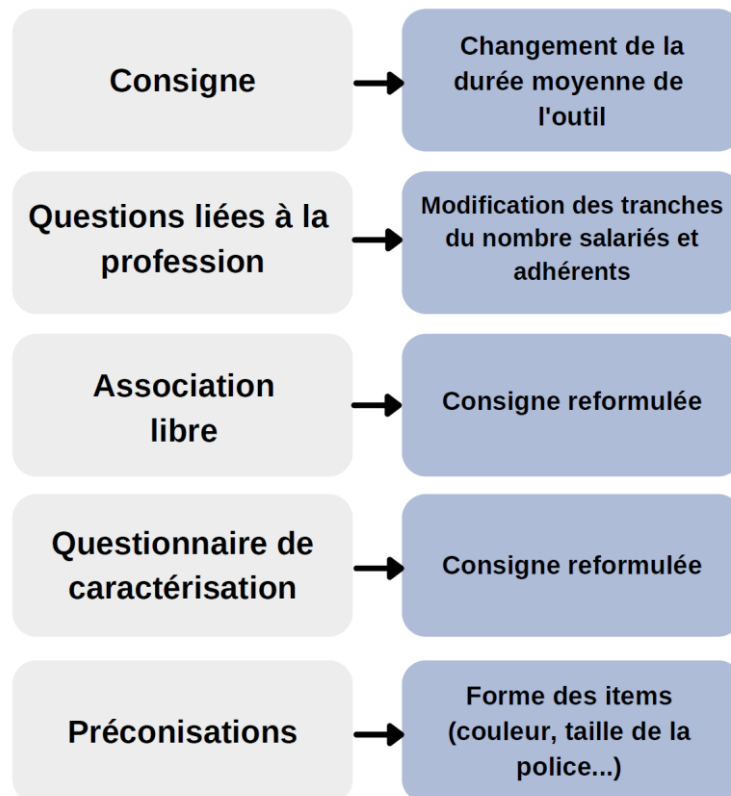


Figure 20 – Modifications effectuées à la suite du pré-test v.2

Les moyennes de la grille d'évaluation du questionnaire sont situées entre 4 et 4,7 (moyenne / 5). Selon les participants ayant déjà réalisé la première phase de pré-test, l'utilisation du questionnaire était « plus fluide ». Ces critères nous ont permis de confirmer la version finalisée du questionnaire disponible en annexe (cf. Annexe 9).

1.2.4 Phase de diffusion du questionnaire

Après les passations du pré-test v.2, nous avons procédé aux ajustements de l'outil. De par les notes satisfaisantes recueillies lors de ce second pré-test ainsi que la validation des membres du comité de pilotage, nous avons acté la diffusion de notre questionnaire.

1.2.4.1 Population

Comme nous l'avons déjà précisé, le manque d'études sur notre thématique de recherche impliquait pour nous d'essayer de produire des résultats provenant d'un échantillon le plus significatif et représentatif possible. Notre population cible est composée des acteurs de la santé au travail exerçant au sein d'un SSTI en France métropolitaine. Nous aurions pu solliciter les acteurs de la santé au travail situés en France Outre-Mer, mais nous avançons l'hypothèse que leurs représentations

professionnelles sont toutes autres de par l'influence des cultures de ces départements et territoires. Il serait néanmoins pertinent de reproduire notre recherche auprès de ces acteurs sur la base des résultats que nous obtiendrons. Ainsi, les médecins du travail (MDT), infirmiers de santé au travail (IDST), et d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) travaillant dans des SSTI ont été sollicités. Au sein de la catégorie IPRP sont inclus les préventeurs, les psychologues du travail, les ergonomes, techniciens et ingénieurs en prévention des risques.

Afin d'établir la taille idéale de notre échantillon, nous avons mené des recherches au regard de la population cible étudiée. Les chiffres de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES, 2020) croisés avec les rapports de Présanse (2019) rapportent environ 12 000 professionnels de santé exerçant en SSTI dont :

- 4721 médecins du travail ;
- 1874 infirmiers de santé au travail ;
- 1626 préventeurs.

Nous avons donc établi une taille de population de 12 000 personnes, et défini notre échantillon sur la base d'une marge d'erreur³³ de 5% et d'un niveau de confiance³⁴ de 95%. Ainsi, la taille idéale de notre échantillon est de 373 réponses³⁵.

1.2.4.2 Procédure

Au niveau régional

Dans un premier temps, une adresse mail a spécifiquement été créée pour les besoins de notre enquête. Nous avons ainsi contacté les directions des SSTI situés au niveau régional afin d'obtenir leur autorisation pour diffuser le questionnaire auprès de leurs salariés. Les contacts ont été recueillis via le site de l'organisme PRESANSE, recensant près de 250 SSTI en France Métropolitaine (Presanse, s. d.).

³³ La marge d'erreur correspond au pourcentage indiquant dans quelle mesure les résultats d'un sondage sont susceptibles de refléter l'opinion de la population globale. Plus la marge d'erreur est faible, plus vous êtes susceptible d'obtenir une réponse exacte pour un niveau de confiance (également appelé seuil de confiance) donné.

³⁴ Le niveau de confiance correspond au pourcentage indiquant le degré de certitude avec lequel la population va choisir une réponse située entre deux valeurs données. Par exemple, un niveau de confiance de 95 % signifie que l'on peut affirmer à 95 % que les résultats se situent dans l'intervalle de confiance compris entre les nombres x et y.

³⁵ Données fournies par le site « Survey Monkey » (<https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>)

Une fois les services de santé régionaux identifiés, nous avons rédigé un courrier électronique présentant la démarche (cf. Annexe 10) accompagné d'une infographie reprenant les aspects principaux de notre recherche (cf. Annexe 11). Nous avons également envoyé un lien de prévisualisation du questionnaire afin qu'ils puissent avoir un aperçu de son contenu. Une fois que les directions donnaient leur accord, nous leur demandions ensuite désigner une personne coordinatrice qui puisse transmettre le lien du questionnaire aux salariés.

Cette première approche régionale nous a permis de tester l'efficacité de notre appel à participation. Voyant que celui-ci était globalement fructueux, nous avons pu envisager une diffusion de notre questionnaire au niveau national.

Au niveau national

Afin d'optimiser notre appel à participation, nous avons contacté les responsables de PRESANSE afin de leur proposer de relayer notre étude. Leur refus nous a amené à nous orienter vers différentes associations des acteurs de la santé au travail :

- L'Association Française des Intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail (AFISST) ;
- L'Association Nationale des Psychologues en Services de Santé au Travail (Reliance et Travail).

Suite à l'accord des différents conseils d'administration, nous avons donc pu relayer notre questionnaire auprès des adhérents de ces associations. Nous avons également eu la possibilité de contacter différents services par le biais des membres du comité de pilotage de notre recherche. Enfin, un lien vers le questionnaire a également été publié sur le site « Références en santé au travail » de l'INRS.

1.2.4.3 Recueil des données

Les passations se sont donc toutes déroulées à distance. Le recueil des données s'est effectué de mars 2019 à juin 2020, soit sur une période d'un peu plus d'un an. Durant cette période, nous avons effectué des campagnes de relance. Nous avons notamment réalisé une vidéo d'information de notre projet de recherche que

nous avons diffusé auprès des adhérents de l'association Reliance et Travail³⁶. Nos travaux ont également été présentés lors d'une journée de rencontres en avril 2019 réalisée par l'ISTNF en partenariat avec le réseau « Addictions et entreprise ». Ainsi, nous avons pu recueillir 304 questionnaires dont le taux d'achèvement total est de 70% avec une durée moyenne de passation de 19 minutes. Les réponses au questionnaire ont pu être extraites à partir de la plateforme Survey Monkey. Notons ici que la difficulté à atteindre l'échantillon d'origine souhaité peut être justifiée par la pandémie COVID-19 et ses impacts sur le monde du travail.

2. Résultats

Concernant le traitement des données, il nous a fallu analyser différemment les cinq parties qui composent notre questionnaire. Certaines analyses ont nécessité plusieurs étapes préparatoires dans le traitement des données qui seront pour la plupart indiqués en annexe. Nous proposons ci-dessous un tableau synthétisant les différents traitements et tests statistiques développés pour chaque partie du questionnaire. Ces méthodes seront détaillées pour chacune d'entre elles dans la partie dédiée aux résultats.

Tableau 7 – Synthèse du traitement des données concernant le questionnaire

THEMES	TRAITEMENT PRIVILÉGIÉ	TEST STATISTIQUE
Éléments de contexte	- <i>Statistiques descriptives (%)</i>	- <i>H de Kruskal-Wallis</i> - <i>R de Mann-Whitney</i>
Association libre et hiérarchisation	- <i>Méthode d'analyse des représentations sociales proposée par Abric (2003)</i>	- <i>R de Spearman</i> - <i>H de Kruskal-Wallis</i>
Questionnaire de caractérisation	- <i>Calcul de score et hiérarchisation des facteurs</i>	- <i>H de Kruskal-Wallis</i>
Préconisations	- <i>Analyse lexicale et regroupement par catégories</i> - <i>Statistiques descriptives (%)</i>	- <i>H de Kruskal-Wallis</i> - <i>R de Spearman</i>
Aspect épistémologique	- <i>Statistiques descriptives (%)</i> - <i>Analyse lexicale et regroupement par catégories</i>	<i>Pas de test statistique</i>

³⁶ https://www.youtube.com/watch?v=g3_6pilXDeA

2.1 Éléments de contexte

2.1.1 Traitement des données

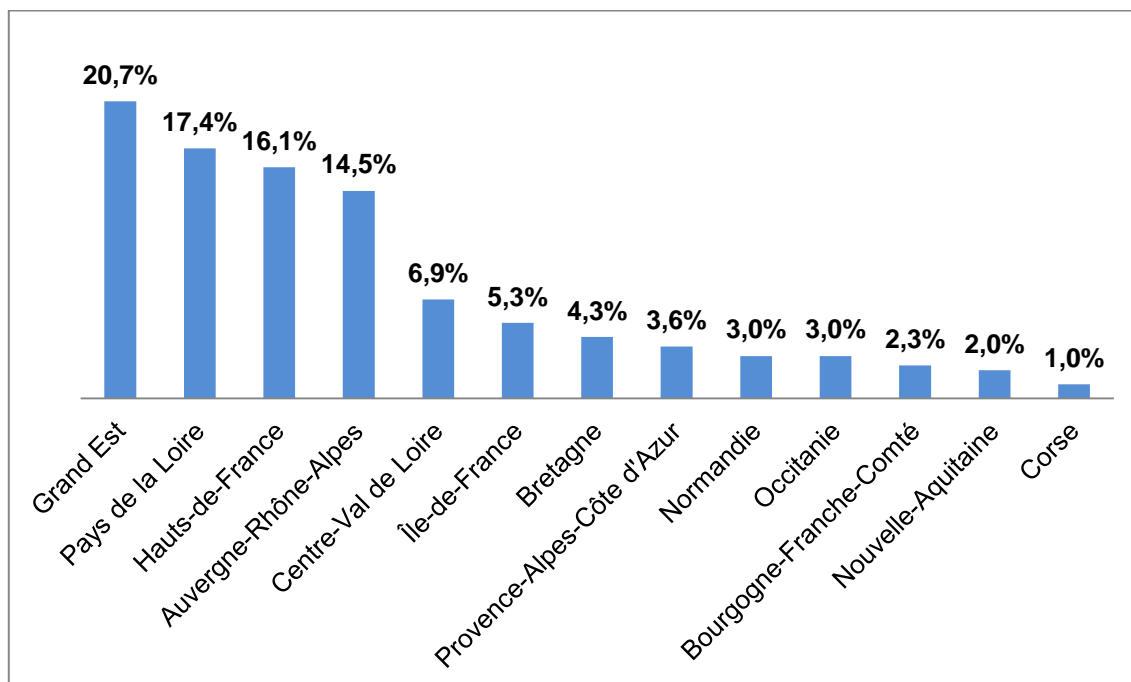
Cette première partie du questionnaire est majoritairement composée de questions fermées à choix unique ainsi que d'échelles de Likert. Nous avons réalisé une analyse descriptive en pourcentages afin d'avoir des connaissances sur le profil des différents répondants. Néanmoins, nous avons pour intention de croiser certaines données afin de noter l'indice de corrélation. Cet indice permet d'indiquer si certains facteurs comme la formation, l'expérience ou encore le poste occupé ont une influence significative sur les réponses données. Pour vérifier cet aspect, nous avons eu recours au test de Kruskal-Wallis. Ce dernier permet de comparer deux ou plusieurs échantillons indépendants de taille similaire ou non afin de montrer s'ils partagent la même distribution et si leurs réponses sont similaires (Kruskal & Wallis, 1952). Nous avons également utilisé le test de Mann-Whitney afin de voir si les réponses sont significativement différentes en fonction de certaines variables indépendantes.

Le nombre de données étant volumineux, nous n'en présenterons qu'une partie en annexe, en ne faisant apparaître les réponses que de 4 sujets. Ces exemples permettent de souligner la logique de raisonnement que nous avons suivie tout au long de notre traitement de résultats³⁷. Ainsi, les résultats des 304 répondants ont été retranscrits au sein d'un tableau récapitulatif (cf. Annexe 12). L'ensemble des réponses aux questionnaires y est intégré excepté les données relatives aux associations libres et au questionnaire de caractérisation (partie 2 et 3 de notre outil). En effet, ces parties ont bénéficié d'un traitement des données particulier (cf. Tableau 7). Nous présenterons ainsi dans un premier temps les statistiques descriptives relatives à cette première partie. Dans un second temps, nous mettrons en commun plusieurs facteurs sur la base des tests statistiques évoqués afin de déterminer leur degré de corrélation ou de significativité.

³⁷ Les données complètes peuvent être transmises par mail en nous contactant à l'adresse suivante : conduites.addictives.travail@gmail.com

2.1.2 Résultats généraux

2.1.2.1 Région d'exercice

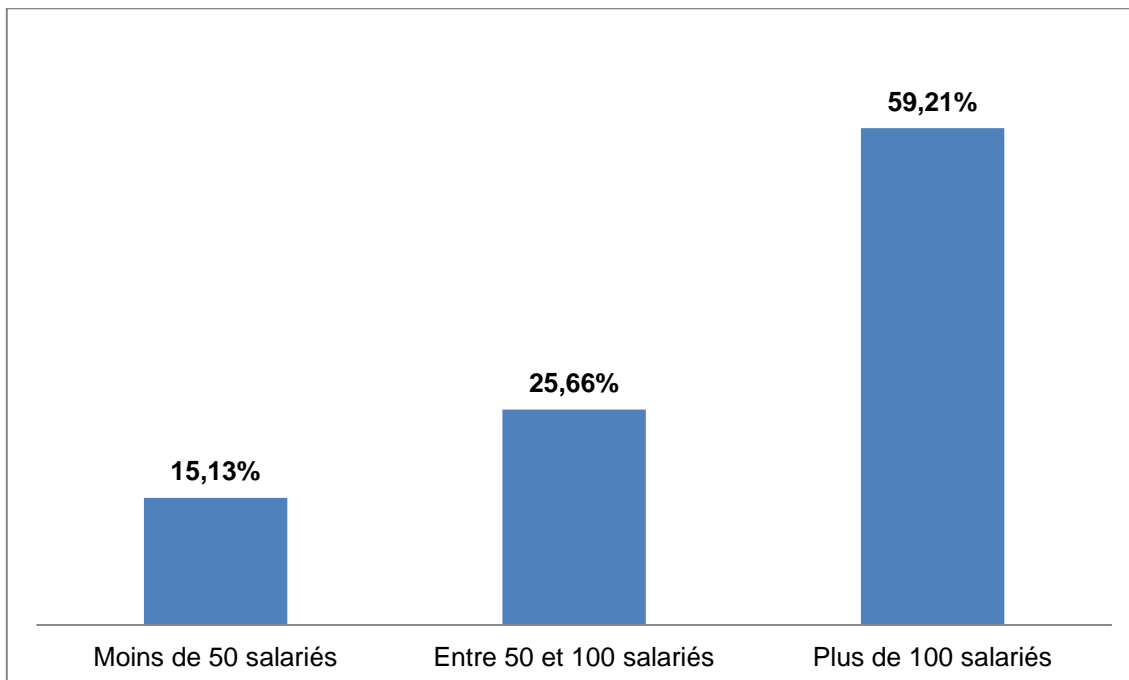


Graphique 1 – Répartition des répondants en fonction de leur région d'exercice

Ce graphique montre une distribution inégale des participants en fonction de leur région d'exercice. En effet, une participation plus importante a été observée dans les régions Grand Est (20.7% soit 63 sujets), Pays de La Loire (17.4% soit 53 sujets), Hauts de France (16.1% soit 49 sujets) et Auvergne Rhône Alpes (14.5% soit 44 sujets). Les régions regroupant le moins de répondants (>10 réponses) sont la Normandie, l'Occitanie, la Bourgogne Franche Comté, la Nouvelle Aquitaine et la Corse où le taux de participation n'excède pas les 3%.

2.1.2.2 Données concernant le lieu d'exercice des participants

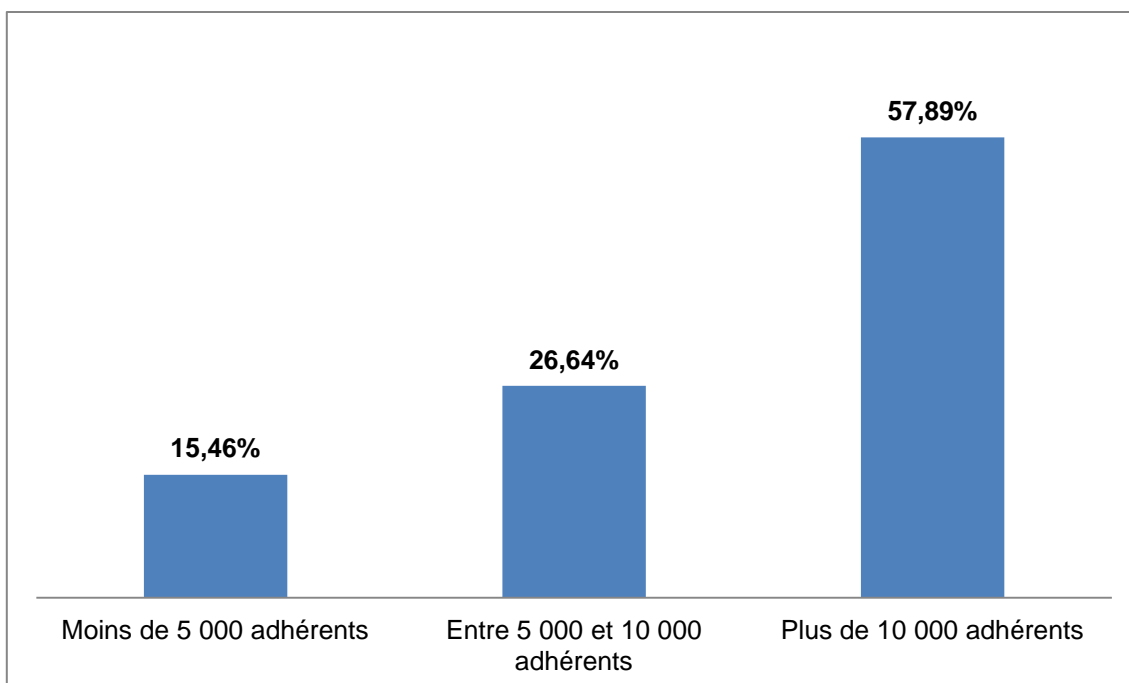
Nombre de salarié au sein des SSTI



Graphique 2 – Répartition des répondants en fonction de leur région d'exercice

59.21% des participants (n = 180) exercent au sein d'un SSTI de plus de 100 salariés.

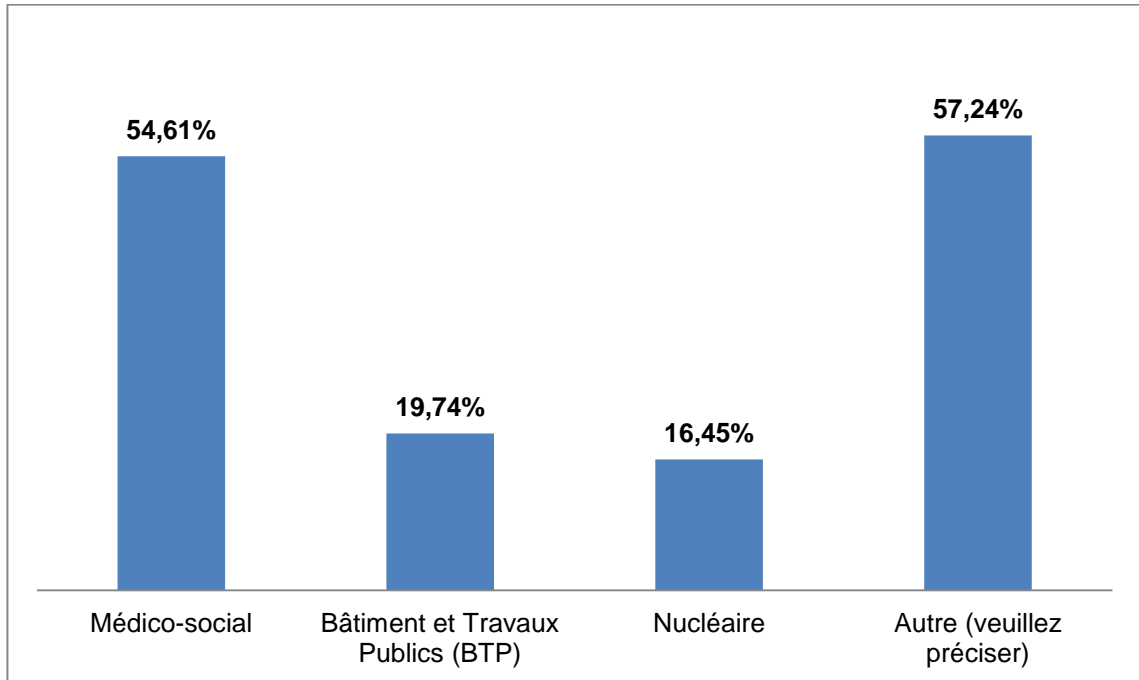
Nombre d'adhérents au SSTI



Graphique 3 – Nombre d'adhérents aux SSTI des répondants

57.89% des participants (n = 176) exercent au sein d'un SSTI ayant plus de 10 000 adhérents. Ces données peuvent être mises en lien avec le graphique précédent (cf. Graphique 4).

Habilitation des SSTI



Graphique 4 – Secteur d'habilitation des SSTI

Nous souhaitons obtenir des informations sur les éventuelles habilitations détenues par les SSTI au sein desquels les participants exercent. Il s'avère que 54.61% des répondants (n = 166) travaillent dans un SSTI habilité à travailler dans le secteur médico-social, 19.74% (n = 60) dans le milieu du BTP et 16.45% (n = 50) dans le secteur nucléaire. 57.24% des répondants (n = 174) ont déclaré avoir d'autres habilitations. Une question ouverte leur était proposée. Nous avons regroupé les résultats dans le tableau suivant.

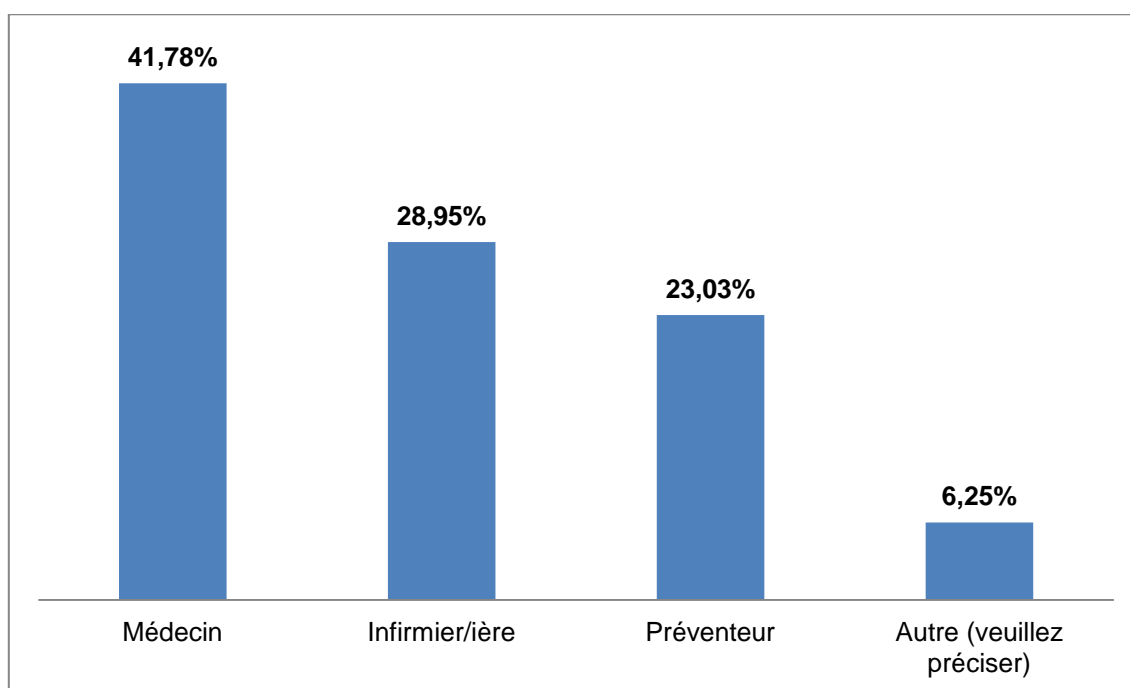
Tableau 8 – Réponses détaillées de la catégorie « Autre »

HABILITATION	n
Interentreprises	169
Collectivité territoriale	2
Secteur bancaire	3

Les résultats proposés au sein de la catégorie « autre » montrent qu'une grande partie de notre échantillon de répondants exerce dans des services de santé interentreprises sans habilitation particulières.

2.1.2.3 Données concernant les participants

Fonction des participants



Graphique 5 – Fonction des participants

La majeure partie des répondants sont des médecins du travail (41.78% soit 127 sujets), nous avons un niveau de participation similaire entre les infirmiers de santé au travail ainsi que les préventeurs (28.95% et 23.03% soit 88 et 70 participants). 18 répondants ont déclaré appartenir à une fonction autre. Nous avons classé leur réponse dans le tableau suivant :

Tableau 9 – Réponses détaillées de la catégorie « Autre »

FONCTION	n
ATST³⁸	4
Assistant d'équipe	1
Assistant hygiène et sécurité	1
Collaborateur médecin	1
Médecin coordonnateur	1
Ergonome	1
CSSCT	1
Psychologue	2
Responsable service prévention	1
Psychologue du travail	4
Secrétaire médicale	1

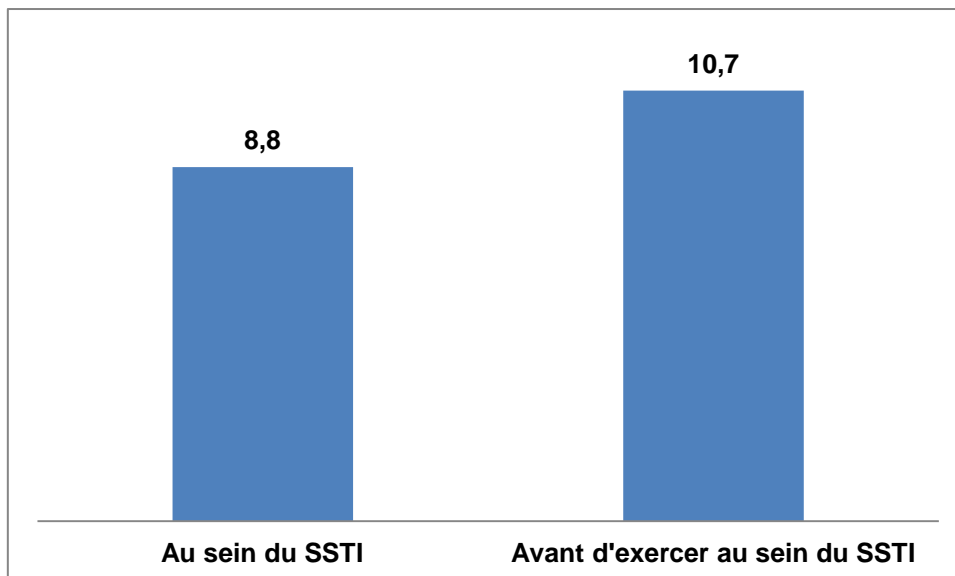
Le nombre de participants ayant sélectionné le choix « autre » étant peu élevé, et au regard du fait que la majeure partie des fonctions évoquées peuvent être classées dans les catégories proposées, nous avons procédé à une redistribution de ces fonctions au sein de nos trois catégories es :

- Les fonctions « psychologue », « psychologue du travail », « ATST », « ergonome », « assistant hygiène et sécurité » et « responsable service prévention » ont été intégrées à la catégorie « préventeurs » ;
- Les fonctions « médecin coordonnateur » et « médecin collaborateur » ont été intégrées à la catégorie « médecins du travail » ;
- Les fonctions « assistant d'équipe », « CSSCT » et « secrétaire médicale » n'ont pas été traitées.

Ces décisions ont été proposées et validées lors du comité de pilotage de restitution des données suite à la clôture de notre questionnaire.

³⁸ Les Assistants Techniques de Santé au Travail (ou Assistant de service de santé au travail) sont des professionnels qui apportent une assistance administrative à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. A ce titre, l'ATST peut assurer le secrétariat des consultations, gérer les relations quotidiennes avec les entreprises et les salariés. L'ATST joue un véritable rôle de soutien à l'équipe pluridisciplinaire (INRS, 2017).

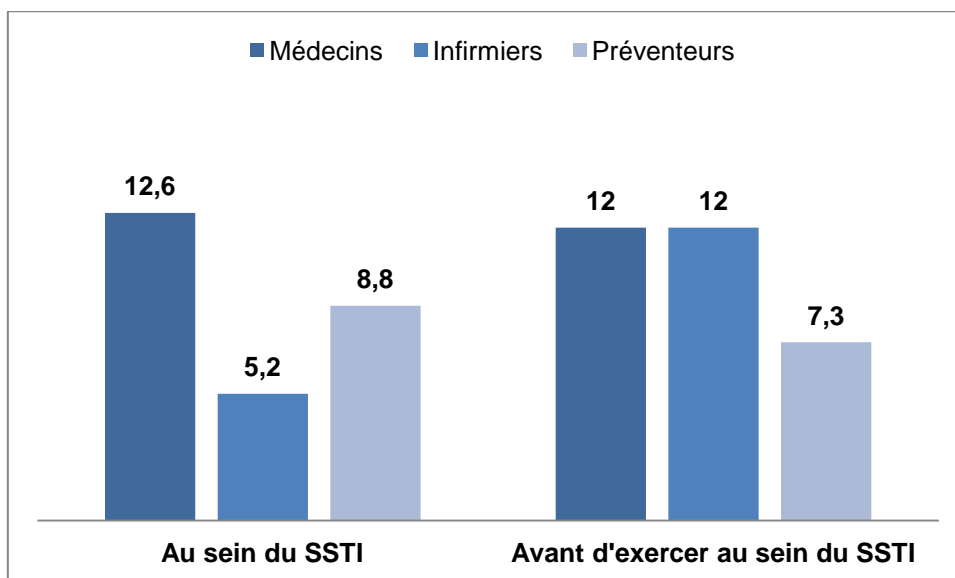
Ancienneté globale



Graphique 6 – Ancienneté des participants (en années)

La totalité des répondants exerce en moyenne depuis 8,8 ans au sein du SSTI. Une expérience moyenne de 10,7 ans est observée chez ces derniers avant leur intégration aux services.

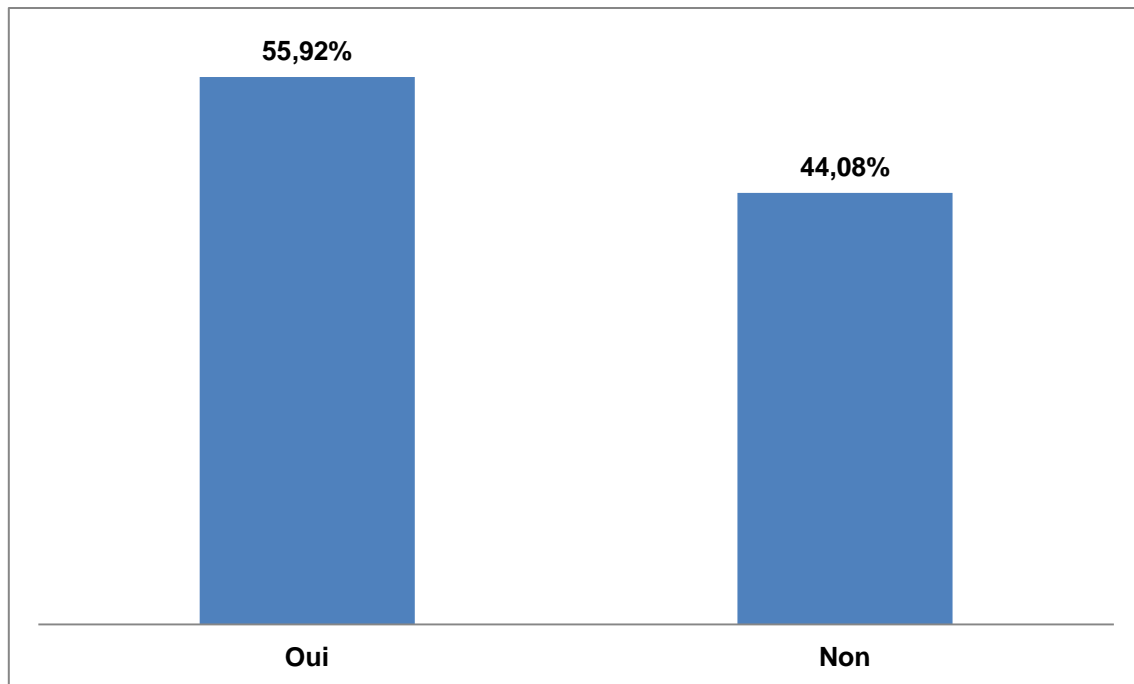
Ancienneté selon la fonction exercée



Graphique 7 – Moyennes de l'ancienneté des répondants répartie selon la fonction exercée (en années)

Il est possible de remarquer une distribution différente de l'ancienneté en fonction des postes exercées. Les répondants ayant une moyenne d'ancienneté plus élevée au sein du SSTI sont les médecins du travail (n = 12.6 ans). Concernant l'expérience avant d'intégrer les SSTI, les médecins du travail et infirmiers de santé au travail partagent une moyenne d'ancienneté égale (n = 12 ans).

Formation en prévention des conduites addictives



Graphique 8 – Taux de participants ayant reçu une formation spécialisée en prévention des conduites addictives (%)

La majeure partie des répondants déclare avoir eu une formation traitant spécifiquement ou partiellement la question des conduites addictives en milieu professionnel (n = 170) dont 72% de médecins du travail (n = 92), 59% d'infirmiers de santé au travail (n = 52) et 20% de préventeurs (n = 20). 44.08% déclarent ne pas en avoir réalisée (n = 134).

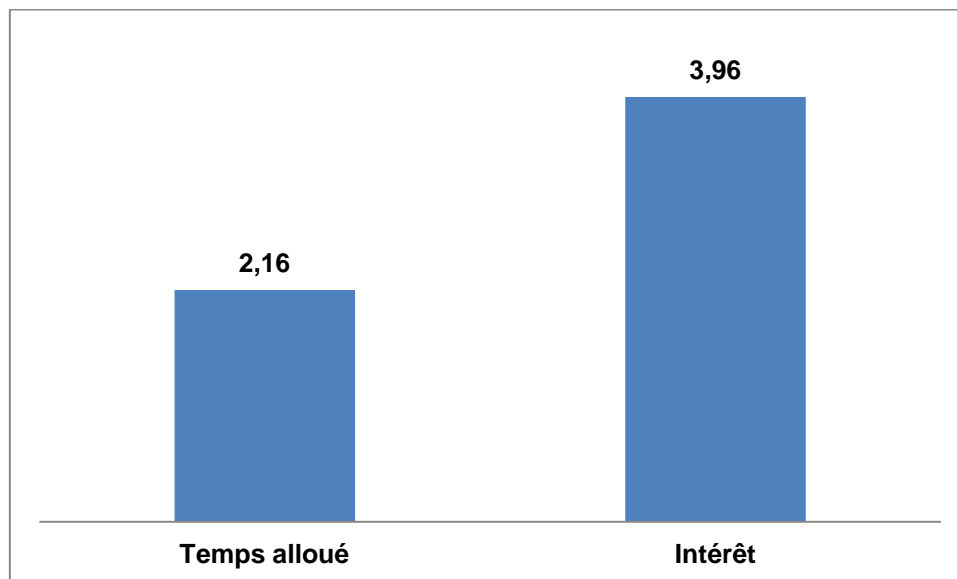
Concernant les bénéficiaires d'une formation, nous leur avons demandé d'évaluer le degré d'utilité perçue liée à cette dernière sur une échelle de Likert allant de 0 (inutile) à 5 (très utile). La moyenne attribuée quant à l'utilité de cette formation pour l'ensemble des participants est de 3,7 dont 3,8 pour les médecins ; 3,7 pour les infirmiers et 3.3 pour les préventeurs.

Nous avons souhaité comparer les scores obtenus concernant le degré d'utilité perçue de la formation en fonction des différents postes. D'après le test de Kruskal-Wallis, les différences observées entre les données des différents échantillons ne sont pas significatives : $X^2 = 4.65$, $p = .098$. $p > 0.05$.

Kruskal-Wallis			
	χ^2	df	p
Degré d'utilité perçue de la formation	4.65	2	0.098

Il n'existe donc pas de différence significative dans l'évaluation du degré d'utilité de la formation reçue en fonction des postes des participants.

Evaluation du temps alloué à la prévention des CA et du degré d'intérêt perçue



Graphique 9 – Scores liés au temps alloué à la prévention des CA en milieu de travail et au degré d'intérêt pour la thématique

Nous avons demandé aux participants d'évaluer sur une échelle de Likert :

- (1) Le temps qu'ils considèrent avoir pour travailler sur la prévention des CA en milieu de travail (0 – Pas du tout ; 5 – Tout à fait). La moyenne obtenue est de

2.16 dont 2.1 pour les médecins du travail, 2.3 pour les infirmiers de santé au travail et 2.1 pour les préventeurs ;

Nous avons comparé les scores obtenus concernant le temps alloué à la prévention des CA en fonction des différents postes. D'après le test de Kruskal-Wallis, les différences observées entre les données des différents échantillons ne sont pas significatives : $X_2 = 1.90$, $p = .387$. $p > 0.05$.

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
Temps alloué	1.90	2	0.387

Il n'existe donc pas de différence significative dans l'évaluation du temps alloué à la prévention des CA selon la fonction des participants.

(2) Le degré d'intérêt perçu concernant cette thématique (0 – Nul ; 5 – Élevé). La moyenne obtenue est de 3.96 dont 4 pour les médecins du travail, 4.1 pour les infirmiers de santé au travail et 3.7 pour les préventeurs.

D'après le test de Kruskal-Wallis, les différences observées entre les médianes des différents échantillons sont significatives : $X_2 = 4.06$, $p = .0.048$. $p < 0.05$.

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
Degré d'intérêt perçu	4.06	2	0.048

Il existe donc une différence au niveau du degré d'intérêt perçu concernant la prévention des CA selon la fonction des participants. Une analyse complémentaire nous a permis de montrer que la différence significative concernant le degré d'intérêt perçu se situait particulièrement entre les infirmiers et les préventeurs : $W = -3.45$, p

à 0.039, $p < 0.05$. Il s'avère que les infirmiers témoignent d'un intérêt plus important que les préventeurs. Les autres comparaisons s'avèrent non significatives.

Pairwise comparisons - Degré d'intérêt perçu

		W	p
Infirmiers	Médecins	-1.59	0.501
Infirmiers	Préventeurs	-3.45	0.039
Médecins	Préventeurs	-2.29	0.236

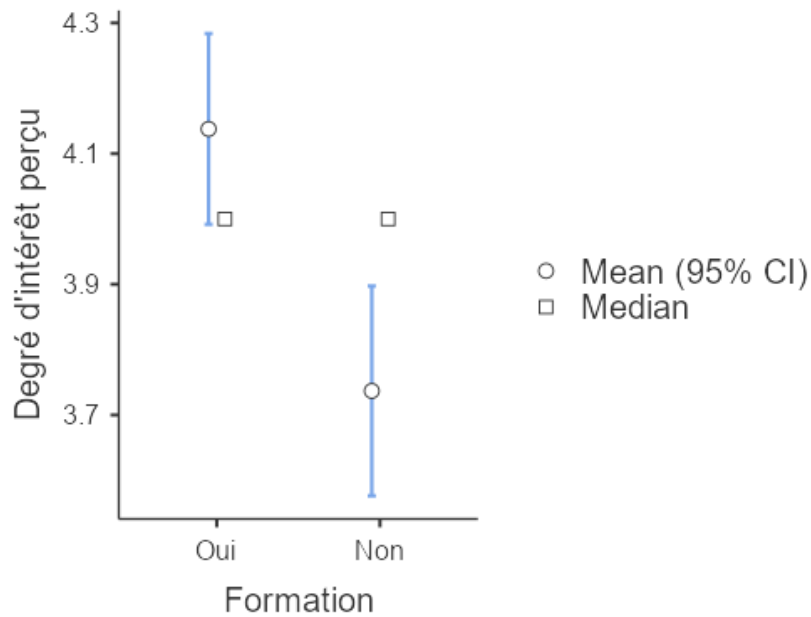
Nous avons souhaité observer l'existence d'une différence significative entre le degré d'intérêt perçu concernant la prévention des CA et le fait d'avoir reçu une formation sur cette thématique. D'après le test de Mann-Whitney, les différences observées entre les moyennes des différents échantillons sont significatives : $U = 8370$, $p < 0.001$.

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Degré d'intérêt perçu	Mann-Whitney U	8370	< .001

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Degré d'intérêt perçu	Oui	167	4.14	4.00	0.963	0.0745
	Non	133	3.74	4.00	0.945	0.0819



Graphique 10 – Illustration des comparaisons du degré d'intérêt perçu en fonction de la formation

D'après ces résultats, nous pouvons confirmer qu'il existe une différence significative entre le degré d'intérêt perçu concernant la prévention des CA et le fait d'avoir reçu une formation sur cette thématique. En effet, les répondants ayant reçu une formation témoignent d'un intérêt plus important que ceux n'en ayant pas reçu.

Enfin, nous avons souhaité savoir s'il existait une différence significative entre le temps alloué à la prévention des CA et le fait d'avoir reçu une formation sur cette thématique. D'après le test de Mann-Whitney, les différences observées entre les moyennes des différents échantillons ne sont pas significatives : $U = 10426$, $p > 0.05$.

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Temps alloué	Mann-Whitney U	10426	0.348

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	D	SE
Temps alloué	Oui	167	2.22	2.00	1.19	0.0924
	Non	133	2.09	2.00	1.23	0.106

Il n'existe donc pas de relation significative entre la formation et le temps perçu alloué à la prévention des CA.

Les relations observées entre les différents facteurs et le résultat des tests ont été synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 10 – Synthèse des résultats observés concernant les éléments de contexte

RELATION OBSERVEE	TEST	SIGNIFICATIVITE	p.
Utilité formation et fonction	Kruskal-Wallis	X	0.098
Temps alloué et fonction	Kruskal-Wallis	X	0.387
Degré d'intérêt et fonction	Kruskal-Wallis	✓	0.048
Degré d'intérêt et formation	Mann-Whitney	✓	<.001
Temps alloué et formation	Mann-Whitney	X	0.348

2.2 Association libre et hiérarchisation

2.2.1 Traitement des données

La seconde partie de notre questionnaire était centrée sur la méthode de l'association libre et de la hiérarchisation en vue d'identifier le noyau central des

représentations professionnelles (Abric, 2003 ; Blin, 1997). Pour rappel, la consigne était la suivante :

« Veuillez lister 5 à 10 mots (ou groupes de mots) qui vous viennent à l'esprit lorsque vous entendez le terme « Conduites Addictives » dans la case de commentaire ci-dessous ».


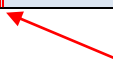
Certains travaux (Vergès, 1992 ; Abric & Vergès, 1994) ont utilisé le rang d'apparition comme un indicateur majeur de l'importance des mots exprimés, en partant du postulat selon lequel les mots les plus importants étaient obligatoirement prononcés en premier. Cependant, afin d'éviter un éventuel biais, Abric (2003) préconise l'utilisation du rang d'importance. De ce fait, une seconde consigne leur était donnée :

« Une fois ces mots listés, classez-les du plus représentatif au moins représentatif pour vous (le mot 1 étant le plus représentatif) ».

Ainsi, nous obtenons un corpus de mots qui correspond au contenu d'une représentation et deux indicateurs quantitatifs qui permettent d'analyser la structure : la fréquence d'apparition et le score moyen d'importance donné à ce mot. Le croisement de ces deux indicateurs nous permet d'obtenir un premier repérage du contenu et de la structure de la représentation (cf. Tableau 11).

Tableau 11 – Tableau théorique d'analyse des évocations hiérarchisées (Abric, 2003)

		Importance	
		Grande (+)	Faible (-)
Fréquence	Forte (+)	<i>Case 1</i> Zone du noyau central	<i>Case 2</i> Première périphérie
	Faible (-)	<i>Case 3</i> Zone des éléments contrastés	<i>Case 4</i> Deuxième périphérie

 **Médiane**
 **Rang moyen**

Un élément est considéré comme ayant une fréquence forte lorsqu'elle est supérieure ou égale à la fréquence moyenne de tous les autres éléments. Inversement, elle est considérée comme faible lorsqu'elle est inférieure à la fréquence moyenne. De la même manière, un élément est considéré comme important, lorsqu'il obtient un rang d'importance supérieur ou égal au rang moyen d'importance et est considéré comme faible si son rang est inférieur au rang moyen d'importance.

Le croisement de la fréquence et du rang d'importance avec chacune des deux valences permet d'obtenir quatre cases. La première case (Case 1) regroupe les éléments les plus fréquents et qui sont considérés par les sujets comme les plus importants. Cette case correspond aux éléments qui composent le **noyau central**. Cependant, les éléments qui se retrouvent dans cette case ne sont pas tous centraux. Certains d'entre eux peuvent être sans grande valeur significative tel que des synonymes associés à l'objet. Même si tous les éléments qui composent cette case ne sont pas centraux, le noyau central est à rechercher parmi les éléments qui composent cette case.

La deuxième case (Case 2) est composée des éléments qui obtiennent une fréquence forte mais auquel le rang d'importance est faible. Nous sommes en présence des éléments de la périphérie les plus importants, qu'Abric appelle la **première périphérie** (Abric, 2003).

La troisième case (Case 3) est composée des éléments évoqués par peu de personnes mais qui les considèrent comme très importants. Elle est nommée « **zone des éléments contrastés** ». Certains sous-groupes minoritaires peuvent ainsi être porteurs d'une représentation différente dont le noyau central comporterait un ou plusieurs éléments figurant dans cette zone (Pianelli & al., 2010, p.243). Il est possible aussi que ce soit un complément de la première périphérie.

Enfin, la quatrième case (Case 4) est composée d'éléments peu évoqués et peu importants. Ces éléments composent la **deuxième périphérie**, soit les éléments qui n'appartiennent potentiellement pas à la représentation.

Afin d'aboutir à notre objectif, nous nous sommes appuyés sur les méthodes de construction de catégories de signification conformément aux travaux de Vergès (1992). L'étape de catégorisation sémantique est soumise à une certaine subjectivité du chercheur. Afin de la limiter, nous avons décidé de former les catégories en fonction des mots les plus utilisés. Ceci permet de limiter un biais qui consisterait à former des catégories en fonction de la propre volonté du chercheur. Nous avons également pris la décision de faire en sorte que la répartition des mots dans les catégories soit la plus homogène possible. Ainsi, le nombre de mots par catégorie est toujours supérieur à 10 et n'excède pas 40. Ces décisions ont été présentées, puis validées en comité de pilotage.

Sur la base de ces éléments, nous avons réalisé un premier tableau récapitulatif des résultats de l'ensemble des sujets (cf. Annexe 13). Ce dernier nous a permis de regrouper :

- L'ensemble des mots évoqués par les sujets ;
- La hiérarchisation des mots évoqués par sujet ;
- Le nombre total et le rang moyen de chaque mot évoqué par les sujets ;
- Le nombre total des mots évoqués par l'ensemble des sujets ;
- Le nombre de mots différents évoqués par les sujets ;
- L'indice de diversité lexicale, soit le nombre moyen de mots par sujet.

Suite à cela, un second tableau a été réalisé (cf. Annexe 14) avec l'ensemble des mots évoqués. Nous avons procédé à la construction de catégories de signification. Nous retrouvons alors le nombre total d'occurrences par catégories/sous-catégories ainsi que le rang moyen.

2.2.2 Résultats généraux

2.2.2.1 Catégorisation thématique et lexicale

263 sujets ont exprimé 1685 mots, ce qui représente une moyenne de 5,5 mots par participant. Sur les mots exprimés, 573 sont des mots distincts. L'ensemble de ces mots a été catégorisé en 21 catégories appartenant à cinq grandes thématiques. Le tableau 12 donne la liste des grandes thématiques de signification élaborées à partir des évocations ainsi que les catégories associées. Il regroupe également le nombre de mots présent pour chacune des catégories.

Tableau 12 – Synthèse des thématiques et catégories issus de l'analyse des évocations hiérarchisées

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	NOMBRE DE MOTS
CHAMP DES USAGES	Usage avec substances	27
	Usage sans substances	20
	Typologies / Modalités d'usage	19
CHAMP DES CONSEQUENCES	Conséquences d'ordre physique/physiologique	35
	Conséquences d'ordre psychologique/psychique	40
	Conséquences d'ordre social	24
	Conséquences d'ordre professionnel	27
	Conséquences d'ordre général	22
CHAMP DES CARACTERISTIQUES DES CONDUITES ADDICTIVES	Caractéristiques médicales/physiologiques	18
	Caractéristiques psychologiques	25
	Caractéristiques temporelles des CA	14
	Facteurs de risques professionnels	21
	Caractéristiques sociales des CA	27
CHAMP DE LA PREVENTION	Leviers de prévention globale	25
	Compétences des acteurs de la prévention	18
	Leviers institutionnels	12
	Outils liés à la prévention	25

	Domaine de la prise en charge	25
	Freins à la prévention	23
CHAMP DES FACTEURS DE CONSOMMATION	Facteurs socioprofessionnels d'influence	24
	Facteurs extraprofessionnels	26

Nous proposons ci-dessous de détailler les grandes thématiques ce de tableau afin d'illustrer les 10 mots de chaque catégorie possédant le plus d'occurrences et de justifier notre choix d'appellation.

Tableau 13 – Thématique du champ des usages

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	MOTS
CHAMP DES USAGES	Usage avec substances	<i>Alcool, drogues, médicaments, cannabis, tabac, substances psychoactives, produits, substance, héroïne, cocaïne</i>
	Usage sans substances	<i>Jeux, travail, jeux-vidéos, sexe, écran, jeux d'argent, workaholisme, portable, téléphone, sport</i>
	Typologies / Modalités d'usage	<i>Consommation, consommation excessive, pratique, polyconsommation, mésusage, usage nocif, usage à risque, usage, mauvais usage</i>

Cette thématique regroupe les catégories faisant partie du champ des usages. Les termes référencés par les participants ont tous un lien direct à la consommation, au recours ou à l'usage d'un objet potentiellement addictif, avec ou sans substances. La catégorie « typologies/modalités d'usage » fait référence à l'univers lexical et sémantique de l'usage et de la consommation.

Tableau 14 – Thématique du champ des conséquences

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	MOTS
CHAMP DES CONSEQUENCES	Conséquences d'ordre physique/physiologique	<i>Souffrance, accident, manque, inattention, risques pour la santé, danger pour la santé, conséquences sur la santé, impuissance, fatigue, overdose</i>
	Conséquences d'ordre psychologique/psychique	<i>Déni, troubles du comportement, anxiété, perte de contrôle, mal être, rechutes, conduites à risques, prise de risques, perte de liberté, détresse</i>
	Conséquences d'ordre social	<i>Isolement, désinsertion, désocialisation, difficultés sociales, impact vie social, stigmatisation, isolement social, solitude, exclusion sociale, désinsertion sociale</i>
	Conséquences d'ordre professionnel	<i>Désinsertion professionnelle, inaptitude, impact vie professionnelle, perte d'emploi, sanction, conséquences médico-socioprofessionnelles, absentéisme, arrêt maladie, arrêt de travail, licenciement</i>
	Conséquences d'ordre général	<i>Danger, risques, difficultés, mise en danger, conduite, dangereux, dangerosité, répercussions, nocivité, conséquences négatives, dommages, incapacité</i>

Ce champ fait état des lieux des conséquences possibles des conduites addictives. Afin d'avoir une meilleure visibilité sur la composition et le contenu du noyau central, nous avons privilégié une répartition de ces conséquences en différentes catégories dont une centrée spécifiquement sur les aspects professionnels. Nous avons conscience que certaines occurrences peuvent appartenir à la fois au champ de conséquences sociales et professionnelles (ex : le terme « *impact vie professionnelle* » est à la fois social et professionnel). Cependant, nous considérons que dès lors qu'un terme inférait une dimension professionnelle,

nous le catégorisons ainsi. Enfin, une catégorie générale a été établie pour regrouper les termes pouvant avoir un lien avec une pluralité de conséquences.

Tableau 15 – Thématique du champ des caractéristiques des conduites addictives

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	MOTS
CHAMP DES CARACTERISTIQUES DES CONDUITES ADDICTIVES	Caractéristiques médicales/physiologiques des CA	<i>Maladie, addictions, pathologie, alcoolisme, accoutumance, maladie chronique, tabagisme, dépendance physique et psychique, pathologie chronique</i>
	Caractéristiques psychologiques des CA	<i>Dépendance, besoin, plurifactoriel, abus, emprise, compulsion, plaisir toxique, non contrôlable, conduite ordalique</i>
	Caractéristiques temporelles des CA	<i>Répétition, fréquence, répétitivité, quotidien, prémisses, étape, durée, évolution, habitude, chronicité</i>
	Facteurs de risques professionnels	<i>Risques professionnels, accident du travail, RPS, risque accidentel, chute de hauteur, accident chariot, risque psychosocial, problème de sécurité, écrasement, atteinte à la sécurité d'autrui</i>
	Caractéristiques sociales des CA	<i>Tabou, jeunes, social, banalisation, mensonges, préjugés, festif, spirale, contrainte, secret</i>

Ce champ représente l'ensemble des caractéristiques permettant de qualifier les conduites addictives. Ce dernier a constitué un travail de catégorisation particulièrement complexe. En effet, nous retrouvons finalement un ensemble de termes qui s'apparenterait éventuellement à des synonymes de ce que représentent les CA pour les participants (ex : addictions, dépendance). Nous retrouvons

également des occurrences faisant référence au domaine médical liées aux usages de substances psychoactives (tabagisme, alcoolisme...). Nous avons donc pris la décision de distinguer les aspects médicaux physiologiques des caractéristiques essentiellement psychologiques. Nous avons conscience que certains termes peuvent appartenir à plusieurs catégories. Néanmoins, dans une logique d'homogénéité et afin d'obtenir une visibilité détaillée sur la constitution de la représentation professionnelle, nous avons opté pour le classement proposé.

Tableau 16 – Thématique du champ de la prévention

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	MOTS
CHAMP DE LA PREVENTION	Leviers de prévention globale	<i>Santé, prévention, sécurité, maintien dans l'emploi, sécurité au travail, aptitude, prise de conscience, orientation, conseils, pluridisciplinaire</i>
	Compétences des acteurs de la prévention	<i>Ecoute, vigilance, comprendre, patience, besoin d'écoute, besoin d'accompagnement, bienveillance, dialogique, soutien, entraide</i>
	Leviers institutionnels	<i>Aides, responsabilité de l'employeur, médecin traitant, CSAPA, ANPAA, partenaires, réseau de partenaires, partenariat, adresses utiles, centre médical</i>
	Outils liés à la prévention	<i>Entretien motivationnel, dépistage, démarche de prévention collective, information, sensibilisation, RPIB, dépistage précoce, évaluation, groupe de parole, visite à la demande de l'employeur</i>
	Domaine de la prise en charge	<i>Accompagnement, prise en charge, sevrage, soin, suivi, aide psychologique, prise en charge psychologique, prise en charge pluridisciplinaire</i>

	Freins à la prévention	<i>Chronophage, absence de prise en charge, difficulté d'actions, succès limités, manque d'information des entreprises, manque de ressources, sous évaluation, échecs, répression, difficultés pour le médecin du travail</i>
--	------------------------	---

Ce champ propose un éventail d'occurrences appartenant toutes aux aspects préventifs liés aux conduites addictives. On retrouve ici l'expression des champs lexicaux d'ordre professionnel (ex : catégories « Leviers institutionnels », « outils liés à la prévention »). Nous avons également été en mesure de faire ressortir les contraintes et éléments moteurs dans la prévention des CA en milieu de travail.

Tableau 17– Thématique du champ des facteurs de consommation

GRANDES THEMATIQUES	CATEGORIES	MOTS
CHAMP DES FACTEURS DE CONSOMMATION	Facteurs socioprofessionnels d'influence	<i>Poste de sécurité, postes à risques, conditions de travail, facteurs professionnels, collectif de travail, conflits au travail, stress au travail, pression de l'entreprise, intégration, organisation</i>
	Facteurs extraprofessionnels	<i>Stress, plaisir, conflit, environnement, réconfort, entourage, fragilité personnelle, extérieur au groupe de travail, fuite de la réalité, douleurs</i>

Enfin, le dernier champ cible les facteurs de consommation, ce dernier est scindé en deux catégories. On retrouve de nouveau une catégorie composée d'un champ lexical relatif aux aspects professionnels (ex : poste de sécurité, postes à risques...). Nous avons également regroupé certaines occurrences au sein d'une thématique « extra-professionnelle ». Bien que certains termes de cette catégorie puissent éventuellement appartenir à la sphère professionnelle, le fait de n'avoir aucun élément probant indiquant leur appartenance à un aspect technique ou

professionnel nous a amené à considérer ces derniers comme appartenant à une autre catégorie.

2.2.2.2 Composition de la représentation professionnelle

Afin d'identifier le noyau central et les périphéries, le nombre de mots ou d'expressions appartenant à chaque catégorie et leur rang moyen d'importance et leur rang moyen d'apparition (4.1) ont été comptabilisés. L'effectif cumulé des occurrences a été établi ce qui nous a permis d'obtenir la médiane (785). Les résultats sont disponibles au sein du tableau suivant :

Tableau 18 - Comptabilisation des occurrences, de l'effectif cumulé, de la médiane et du rang seuil

Association/Sujet	Nombre d'occurrences	Effectif Cumulé	Rang Moyen
Usage avec substances	403	403	3,6
Caractéristiques psychologiques	150	553	2,6
Conséquences d'ordre physique/physiologique	97	650	4,2
Conséquences d'ordre psychologique/psychique	96	746	3,7
Leviers de prévention globale	92	838	4,5
Conséquences d'ordre général	90	928	3,5
Usage sans substances	81	1009	5,4
Caractéristiques médicales/physiologiques	64	1073	3,5
Domaine de la prise en charge	63	1136	4,2
Conséquences d'ordre social	61	1197	4,6
Facteurs de risques professionnels	48	1245	4,2
Caractéristiques sociales des CA	46	1291	3,9
Conséquences d'ordre professionnel	42	1333	4,4
Outils liés à la prévention	42	1375	4,8
Facteurs extraprofessionnels	36	1411	4,6
Typologies / Modalités d'usage	35	1446	4
Facteurs socioprofessionnels d'influence	35	1481	4,1
Compétences des acteurs de la prévention	26	1507	4,9
Freins à la prévention	24	1531	3,7
Leviers institutionnels	21	1552	4,9
Caractéristiques temporelles des CA	18	1570	4,2
		Médiane = 785	Rang Seuil = 4,1

Le tableau suivant présente la composition du noyau central et de ses périphéries pour l'ensemble de l'échantillon ayant répondu à cette partie du questionnaire (263 sujets). Les valeurs précisées entre parenthèses représentent dans l'ordre : la fréquence d'apparition en pourcentage et le rang moyen d'importance.

Tableau 19 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives (263 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<4.1)	Derniers rangs – (>4.1)
Fréquence	Elevée +	Usage avec substances (25.6% ; 3.6) Caractéristiques psychologiques des CA (9.55% ; 2.6) Conséquences d'ordre psychologique/psychique (6.11% ; 3.7)	Conséquences d'ordre physique/physiologique (6.17% ; 4.2)
	Faible -	Leviers de prévention globale (5.85% ; 4.5)	
		Usages sans substances (5.15% ; 5.4)	
		Domaine de la prise en charge (4% ; 4.2)	
		Conséquences d'ordre général (5.73% ; 3.5)	
		Conséquences d'ordre social (3.88% ; 4.6)	
		Facteurs de risques professionnels (3.05% ; 4.2)	
		Conséquences d'ordre professionnel (2.67% ; 4.4)	
		Outils liés à la prévention (2.67% ; 4.8)	
		Facteurs extraprofessionnels (2.29% ; 4.6)	
Compétences des acteurs de la prévention (1.65% ; 4.9)			
Leviers institutionnels (1.33% ; 4.9)			
Caractéristiques temporelles des CA (1.14% ; 4.2)			
		Caractéristiques médicales / physiologiques des CA (4.07% ; 3.5)	
		Caractéristiques sociales des CA (2.86% ; 3.9)	
		Facteurs socioprofessionnels d'influence (2.22% ; 4.1)	
		Freins à la prévention (1.52% ; 3.7)	
		Typologies / Modalité d'usage des CA (2.22% ; 4)	

Noyau central

Le noyau central est composé des trois catégories suivantes : « Usage avec substances », « caractéristiques psychologiques des conduites addictives » et « conséquences d'ordre psychologique et psychique ». La première catégorie représente plus de 25% des occurrences recueillies avec un rang d'importance établi à 3.6.

La catégorie « caractéristiques psychologiques des CA » représente en comparaison 9.55% des occurrences recueillies. Cependant, le rang d'importance moyen est établi à 2.6. Les termes recueillis semblent donc avoir une importance particulière pour les participants. Les rangs moyens ainsi que les fréquences hautes de ces trois catégories indiquent qu'elles se situent bien au cœur de la représentation professionnelle de notre échantillon global. Ce dernier est donc plutôt centré sur la question des usages de SPA et sur les aspects individuels liés à ces usages.

Première périphérie

La première périphérie est uniquement composée de la catégorie « conséquences d'ordre physique/physiologique ». Nous retrouvons ainsi de nouveau le champ des conséquences liées aux CA. Le rang moyen de cette catégorie est établi à 4.2 et son taux d'occurrence à 6.17% ce qui la rend relativement proche du noyau central. De nouveau, nous retrouvons une catégorie centrée sur l'individu.

Zone des éléments contrastés

Cette zone comprend sept catégories appartenant aux champs des conséquences liées aux CA, à leurs caractéristiques, à la prévention et au champ des usages. Excepté le champ des facteurs de consommation, l'ensemble des champs évoqués est représenté par au moins une catégorie de classification. Nous retrouvons ainsi :

- Le champ des usages :
 - o Typologies / modalités d'usage des CA ;
- Le champ des conséquences :
 - o Conséquences d'ordre général ;
- Le champ des caractéristiques des CA :
 - o Les caractéristiques médicales/physiologiques des CA ;

- Les caractéristiques sociales des CA ;
- Le champ de la prévention :
 - Les freins à la prévention ;
- Le champ des facteurs d'influences :
 - Les facteurs socioprofessionnels d'influence.

Deuxième périphérie

La deuxième périphérie regroupe le plus de catégories. Ce sont les éléments considérés comme secondaires, peu présents et peu importants dans la représentation (Pianelli & al., 2010, p.243). L'ensemble des cinq champs y est représenté par au moins une catégorie :

- Champ des usages :
 - Usages sans substances ;
- Champs des conséquences :
 - Conséquences d'ordre professionnel ;
 - Conséquences d'ordre social ;
- Champs des caractéristiques des CA :
 - Caractéristiques temporelles des CA ;
 - Facteurs de risques professionnels ;
- Champ de la prévention :
 - Leviers de prévention globale ;
 - Domaine de la prise en charge ;
 - Outils liés à la prévention ;
 - Compétences des acteurs de la prévention ;
 - Leviers institutionnels ;
- Champ des facteurs de consommation :
 - Facteurs extraprofessionnels ;

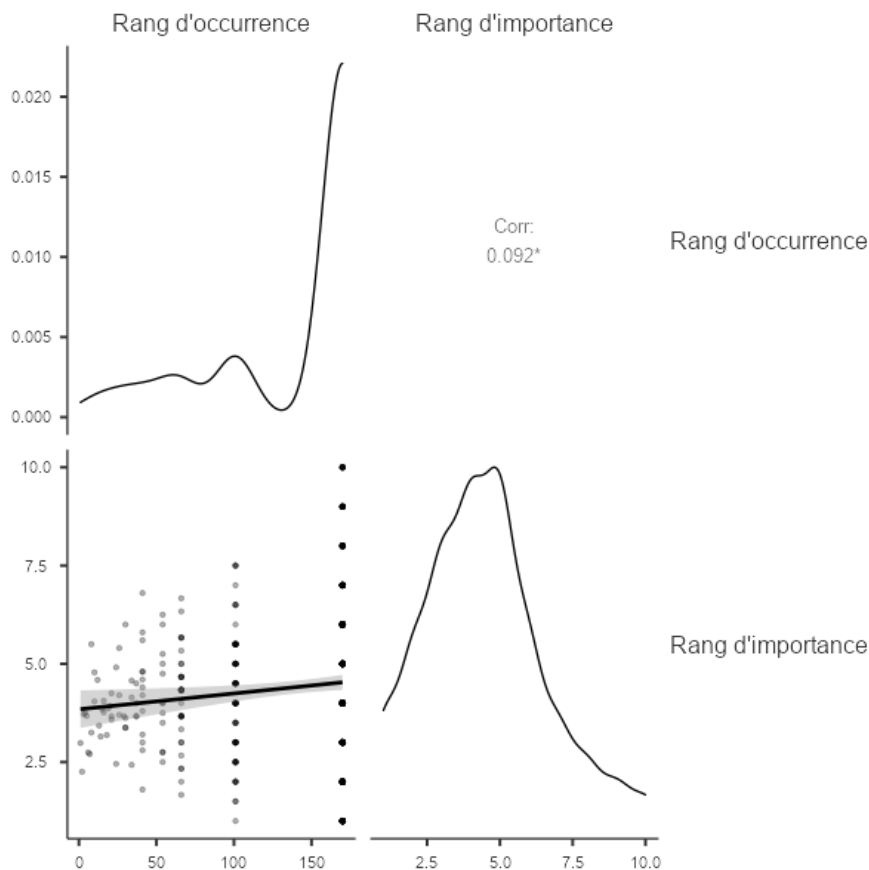
L'ensemble des éléments relatifs à la prévention se retrouve au sein de la seconde périphérie, nous envisagerons les raisons et possibilités expliquant ce phénomène au sein de la partie « discussion ».

Afin d'affiner nos résultats, un test de corrélation entre le rang moyen d'apparition (occurrence) et le rang moyen d'importance a été effectué sur

l'ensemble des mots recueillis (573). Ce croisement est réalisé sur notre ensemble de mots afin d'avoir un échantillon conséquent et représentatif. Le coefficient de corrélation obtenu est de : $r = 0.092$ ($p = 0.027$). Ces résultats permettent d'affirmer que la corrélation entre le rang moyen d'apparition des mots et l'ordre d'importance qui leur est donné est significative à $p < 0.05$. Ainsi, les mots les plus cités ont une répartition de leur rang d'importance plus élargie et se retrouvent majoritairement dans les derniers rangs. A l'inverse, les mots les moins cités auront tendance à être placés dans les premiers rangs (cf. Graphique 11).

		Occurrences	Rang Moyen
Occurrences	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Rang Moyen	Spearman's rho	-0.092 *	—
	p-value	0.027	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$



Graphique 11 – Matrice de corrélation entre le rang moyen d'apparition (occurrence) et le rang moyen d'importance

Enfin, nous avons souhaité vérifier si la distribution du rang moyen et du nombre d'occurrences est similaire pour l'ensemble des catégories. D'après le test de Kruskal-Wallis, les différences observées entre les données des différents échantillons sont significatives à <0.05 :

- Pour les occurrences : $X_2 = 34.6$, $p = .0.016$. $p < 0.05$.
- Pour le rang d'importance : $X_2 = 35.7$, $p = .0.012$. $p < 0.05$.

	χ^2	df	p
Occurrences	34.6	19	0.016
Rang d'importance	35.7	19	0.012

Les différentes catégories sont donc identifiables par leur nombre d'occurrences ainsi que par le rang d'importance.

2.2.3 Résultats détaillés

Afin d'obtenir une vision plus détaillée des données recueillies, nous avons également établi les tableaux d'analyse des représentations selon le poste occupé par les répondants, et le fait qu'ils aient reçu ou non une formation. Pour ce faire, la même méthodologie a été appliquée. Les tableaux récapitulatifs des données sont disponibles en annexe (cf. Annexe 15, 16, 17, 18 et 19). Nous proposons ici de détailler uniquement les éléments qui composent le noyau central des différentes représentations professionnelles. Un tableau comparatif de l'ensemble des RP est réalisé en synthèse (cf. Tableau 20).

2.2.3.1 Représentation professionnelle des médecins du travail

Afin d'identifier le noyau central et les périphéries, le nombre de mots ou d'expressions appartenant à chaque catégorie, leur rang moyen d'importance et leur rang moyen d'apparition (4.1) a été comptabilisé. L'effectif cumulé des occurrences a été établi ce qui nous a permis d'obtenir la médiane (322). Le tableau suivant présente la composition du noyau central et de ses périphéries pour l'ensemble des médecins ayant répondu à cette partie du questionnaire (127 sujets). Les valeurs précisées entre parenthèses représentent la fréquence d'apparition en pourcentage et le rang moyen d'importance.

Tableau 20 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les médecins (127 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<4.5)	Derniers rangs – (>4.5)
Fréquence	Elevée +	Usage avec substances (23,26% ; 3,4)	Usage sans substances (5,58% ; 5,6)
		Leviers de prévention globale (7,60% ; 4,2)	
		Caractéristiques psychologiques (6,67% ; 2,6)	
		Conséquences d'ordre psychologique/psychique (6,36% ; 4)	

		Conséquences d'ordre physique/physiologique (5,58% ; 4,1)	
		Conséquences d'ordre général (4,96% ; 3,2)	
		Conséquences d'ordre professionnel (4,65% ; 4,3)	
		Facteurs de risques professionnels (4,34% ; 3,7)	Outils liés à la prévention (4,65% ; 4,6)
		Facteurs socioprofessionnels d'influence (4,03% ; 4,1)	Conséquences d'ordre social (3,72% ; 5,1)
	Faible -	Domaine de la prise en charge (3,88% ; 3,8)	Leviers institutionnels (1,55% ; 5,1)
		Caractéristiques médicales/physiologiques (3,72% ; 3,6) Caractéristiques sociales des CA (2,95% ; 4)	Caractéristiques temporelles des CA (1,09% ; 5)
		Freins à la prévention (2,33% ; 3,6)	Facteurs extraprofessionnels (0,62% ; 5,3)
		Compétences des acteurs de la prévention (1,40% ; 3,8)	
		Typologies / Modalités d'usage (1,09% ; 3,4)	

Composition du noyau central

Le noyau central est composé de quatre catégories : « Usage avec substances », « leviers de prévention globale », « caractéristiques psychologiques des conduites addictives » et « conséquences d'ordre psychologique et psychique ». La première catégorie représente plus de 23% des occurrences recueillies avec un rang d'importance établi à 3.4.

La catégorie « leviers de prévention globale » représente en comparaison 7.6% des occurrences recueillies. Le rang d'importance moyen est établi à 4.2. En comparaison, la catégorie « caractéristiques psychologiques » a un rang de 2.6 bien qu'elle ne représente que 6.67% de l'ensemble des mots recueillis pour les médecins. Les mots qui la composent ont une importance particulière pour les répondants. Il est intéressant de constater que les médecins du travail intègrent le

champ de la prévention au sein de leur noyau central, ce qui n'est pas le cas dans la composition du noyau central de la RP globale des autres acteurs de SSTI.

2.2.3.2 Représentation professionnelle des infirmiers de santé au travail

Tableau 21 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les infirmiers (88 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<4.5)	Derniers rangs - (>4.5)
Fréquence	Elevée +	Usage avec substances (25,42% ; 4) Caractéristiques psychologiques (13,8% ; 2,5) Conséquences d'ordre physique/physiologique (7,01% ; 4,4)	X
	Faible -	Conséquences d'ordre général (6,16% ; 3,6) Conséquences d'ordre psychologique/psychique (5,73% ; 3,2) Caractéristiques médicales/physiologiques (5,52% ; 3,4) Leviers de prévention globale (5,52% ; 4,5) Facteurs extraprofessionnels (2,55% ; 4,5) Facteurs de risques professionnels (2,34% ; 3,9) Caractéristiques sociales des CA (1,70% ; 3,8) Leviers institutionnels (1,49% ; 4) Conséquences d'ordre professionnel (0,85% ; 3,3) Caractéristiques temporelles des CA (0,64% ; 2,3) Facteurs socioprofessionnels d'influence (0,64% ; 4,3)	Usage sans substances (4,67% ; 5,7) Domaine de la prise en charge (4,25% ; 4,8) Conséquences d'ordre social (3,61% ; 4,6) Compétences des acteurs de la prévention (3,18% ; 5,5) Typologies / Modalités d'usage (2,97% ; 5) Outils liés à la prévention (2,55% ; 5,2) Freins à la prévention (0,42% ; 5)

Composition du noyau central

Le noyau central est composé de trois catégories : « Usage avec substances », « leviers de prévention globale », « caractéristiques psychologiques des conduites addictives » et « conséquences d'ordre psychologique et psychique ». La première catégorie représente plus de 25% des occurrences recueillies avec un rang d'importance établi à 4.

En comparaison, la catégorie « caractéristiques psychologiques » a un rang de 2.5 bien qu'elle ne représente que 13.8% de l'ensemble des mots recueillis pour les infirmiers.

2.2.3.3 Représentation professionnelle des préventeurs

Tableau 22 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les préventeurs (70 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<5)	Derniers rangs – (>5)
Fréquence	Elevée +	Usage avec substances (30% ; 3,5)	Usage sans substances (4,12% ; 5,4)
		Caractéristiques psychologiques (9,41% ; 3,1)	
		Conséquences d'ordre psychologique/psychique (7,35% ; 3,6)	
		Conséquences d'ordre général (7,06% ; 3,8)	
		Conséquences d'ordre physique/physiologique (6,47 ; 3,5)	
		Conséquences d'ordre social (5% ; 3,8)	
		Leviers de prévention globale (4,41 ; 4,2)	
	Faible -	Typologies / Modalités d'usage (3,82% ; 3,2)	Conséquences d'ordre professionnel (2,06% ; 5,3)
		Caractéristiques sociales des CA (3,82% ; 5)	
		Domaine de la prise en charge (3,53% ; 4,7)	
Caractéristiques médicales/physiologiques (3,24% ; 3,7)			

		Caractéristiques temporelles des CA (2,35% ; 4,3)	
		Facteurs de risques professionnels (2,35% ; 4,5)	
		Freins à la prévention (1,47% ; 3,6)	
		Facteurs socioprofessionnels d'influence (1,47% ; 4,2)	
		Compétences des acteurs de la prévention (0,59% ; 4)	
		Facteurs extraprofessionnels (0,59% ; 5)	

Composition du noyau central

Le noyau central est composé de sept catégories, ce qui en fait la RP dont le noyau est le plus conséquent. Ce dernier regroupe la quasi-totalité du champ des conséquences. On retrouve alors :

- Le champ des conséquences :
 - o Conséquences d'ordre physique/physiologique ;
 - o Conséquences d'ordre psychologique/psychique ;
 - o Conséquences d'ordre social ;
 - o Conséquences d'ordre général ;
- Le champ des caractéristiques :
 - o Caractéristiques psychologiques des CA ;
- Le champ des usages :
 - o Usages avec substances ;
- Le champ de la prévention ;
 - o Leviers de prévention globale.

La catégorie « caractéristiques psychologiques des CA » a obtenu le rang d'importance le plus élevé (3.1), bien qu'elle ne représente que 9.41% des mots recueillis chez les préventeurs. La catégorie « Usage avec substances » représente quant à elle 30% des mots cités, avec un rang d'importance de 3.5.

2.2.3.2 Représentation professionnelle selon la formation

Il nous semblait pertinent de pouvoir proposer une analyse comparative des RP selon la participation des répondants à une formation spécialisée sur la thématique. Nous proposons ainsi les tableaux suivants (Tableaux 23 et 24) pour rendre compte de la composition des différentes RP. Comme précisé précédemment, nous proposons ici de détailler uniquement les éléments qui composent leur noyau central. Un tableau comparatif de l'ensemble des RP est réalisé en synthèse (cf. Tableau 25).

Tableau 23 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les répondants ayant reçu une formation (170 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<4)	Derniers rangs – (>4)
Fréquence			
	Elevée +	Usage avec substances (22,81% ; 3,7) Caractéristiques psychologiques (8,99% ; 2,6) Conséquences d'ordre psychologique/psychique (5,99 ; 3,7)	Leviers de prévention globale (6,45% ; 4,6) Conséquences d'ordre physique/physiologique (5,99% ; 4,4)

		<p>Caractéristiques médicales/physiologiques (4,61% ; 3,7)</p> <p>Conséquences d'ordre général (4,49% ; 3,6)</p> <p>Domaine de la prise en charge (4,15% ; 3,9)</p> <p>Caractéristiques sociales des CA (3,34% ; 3,8)</p> <p>Facteurs de risques professionnels (3,11% ; 3,6)</p> <p>Typologies / Modalités d'usage (2,53% ; 4)</p> <p>Freins à la prévention (1,96% ; 3,6)</p>	<p>Usage sans substances (5,41% ; 5,6)</p> <p>Conséquences d'ordre social (3,92% ; 4,7)</p> <p>Conséquences d'ordre professionnel (3,69% ; 4,6)</p> <p>Outils liés à la prévention (3,69% ; 4,6)</p> <p>Facteurs socioprofessionnels d'influence (3% ; 4,3)</p> <p>Facteurs extraprofessionnels (1,84% ; 4,1)</p> <p>Leviers institutionnels (1,73% ; 5,2)</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention (1,5% ; 4,6)</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA (0,81% ; 5,3)</p>
--	--	---	--

Composition du noyau central

Le noyau central est composé de trois catégories : « Usage avec substances », « leviers de prévention globale », « caractéristiques psychologiques des conduites addictives » et « conséquences d'ordre psychologique et psychique ». La première catégorie représente plus de 22% des occurrences recueillies avec un rang d'importance établi à 3.7

En comparaison, la catégorie « caractéristiques psychologiques » a un rang de 2.6 bien qu'elle ne représente que 8.99% de l'ensemble des mots recueillis pour cette catégorie.

Tableau 24 – Composition de la représentation professionnelle des conduites addictives pour les répondants n'ayant pas reçu de formation (134 sujets)

		Rangs d'importance	
		Premiers Rangs + (<4,5)	Derniers rangs – (>4,5)
Fréquence	Elevée +	Usages avec substances (29,16% ; 3,4) Caractéristiques psychologiques (10,24% ; 2,7) Conséquences d'ordre général (7,25% ; 3,4)	X
	Faible -	Conséquences d'ordre physique/physiologique (6,4% ; 3,9) Conséquences d'ordre psychologique/psychique (6,26% ; 3,8) Leviers de prévention globale (5,12% ; 4,1) Conséquences d'ordre social (3,84% ; 4,5) Domaine de la prise en charge (3,84% ; 4,6) Caractéristiques médicales/physiologiques (3,41% ; 3,4) Facteurs de risques professionnels (2,42% ; 4,1) Typologies / Modalités d'usage (1,85% ; 3,9) Caractéristiques temporelles des CA (1,56% ; 3,5) Conséquences d'ordre professionnel (1,42% ; 1,42) Facteurs socioprofessionnels d'influence (1,28% ; 3,7) Freins à la prévention (1% ; 4) Leviers institutionnels (0,85% ; 4)	Caractéristiques sociales des CA (2,99% ; 5) Facteurs extraprofessionnels (2,84% ; 5) Compétences des acteurs de la prévention (1,99% ; 4,7) Outils liés à la prévention (1,42% ; 5,5)

Composition du noyau central

Enfin, le noyau central est également composé de trois catégories : « Usage avec substances », « caractéristiques psychologiques des conduites addictives » et « conséquences d'ordre général ». La première catégorie représente plus de 29% des occurrences recueillies avec un rang d'importance établi à 3.4 pour un rang seuil établi à 4.5. En comparaison, la catégorie « caractéristiques psychologiques » a un rang de 2.67 bien qu'elle ne représente que 10.24% de l'ensemble des mots recueillis pour cette catégorie.

2.2.4 Étude comparative

L'analyse réalisée nous a permis d'établir une comparaison entre les différentes données. Nous proposons à présent de réaliser une étude comparative des différentes représentations évoquées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 25)

Légende :

- **Éléments en gras** : catégories présentes dans plusieurs zones des RP ;
- **Éléments en gras rouges** : catégories présentes dans l'ensemble des zones des RP ;
- **Cases entourées** : composition identique des zones des RP

Tableau 25 – Comparatif des différentes représentations en fonction des facteurs d'analyse

Zone de la représentation professionnelle	Global	Médecins du travail	Infirmiers de santé au travail	Préventeurs	Sujets ayant reçu une formation	Sujets n'ayant pas reçu de formation
NOYAU CENTRAL	<p>Usage avec substances</p> <p>Caractéristiques psychologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p>	<p>Usage avec substances</p> <p>Leviers de prévention globale</p> <p>Caractéristiques psychologiques</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p>	<p>Usage avec substances</p> <p>Caractéristiques psychologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p>	<p>Usage avec substances</p> <p>Caractéristiques psychologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p> <p>Conséquences d'ordre général</p> <p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Leviers de prévention globale</p>	<p>Usage avec substances</p> <p>Caractéristiques psychologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p>	<p>Usages avec substances</p> <p>Caractéristiques psychologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre général</p>
1 ^{ERE} PERIPHERIE	<p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p>	<p>Usage sans substances</p>	<p>X</p>	<p>Usage sans substances</p>	<p>Leviers de prévention globale</p> <p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p>	<p>X</p>
2 ^{EME} PERIPHERIE	<p>Leviers de prévention globale</p> <p>Usages sans substances</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Conséquences d'ordre professionnel</p> <p>Outils liés à la prévention</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Leviers institutionnels</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA</p>	<p>Outils liés à la prévention</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Leviers institutionnels</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p>	<p>Conséquences d'ordre général</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p> <p>Caractéristiques médicales/physiologiques</p> <p>Leviers de prévention globale</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Leviers institutionnels</p> <p>Conséquences d'ordre professionnel</p> <p>Caractéristiques</p>	<p>Typologies / Modalités d'usage</p> <p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Caractéristiques médicales/physiologiques</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Freins à la prévention</p> <p>Facteurs socioprofessionnels d'influence</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p>	<p>Usage sans substances</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Conséquences d'ordre professionnel</p> <p>Outils liés à la prévention</p> <p>Facteurs socioprofessionnels d'influence</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p> <p>Leviers institutionnels</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA</p>	<p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p> <p>Conséquences d'ordre psychologique/psychique</p> <p>Leviers de prévention globale</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Caractéristiques médicales/physiologiques</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Typologies / Modalités d'usage</p> <p>Caractéristiques temporelles des CA</p>

			temporelles des CA Facteurs socioprofessionnels d'influence			Conséquences d'ordre professionnel Facteurs socioprofessionnels d'influence Freins à la prévention Leviers institutionnels
ZONE DES ELEMENTS CONTRASTES	<p>Conséquences d'ordre général</p> <p>Caractéristiques médicales / physiologiques des CA</p> <p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Facteurs socioprofessionnels d'influence</p> <p>Freins à la prévention</p> <p>Typologies / Modalité d'usage des CA</p>	<p>Conséquences d'ordre physique/physiologique</p> <p>Conséquences d'ordre général</p> <p>Conséquences d'ordre professionnel</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Facteurs socioprofessionnels d'influence</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Caractéristiques médicales/physiologiques des CA</p> <p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Freins à la prévention</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Typologies / Modalités d'usage</p>	<p>Usage sans substances</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Conséquences d'ordre social</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Typologies / Modalités d'usage</p> <p>Outils liés à la prévention</p> <p>Freins à la prévention</p>	<p>Conséquences d'ordre professionnel</p> <p>Leviers institutionnels</p>	<p>Caractéristiques médicales/physiologiques des CA</p> <p>Conséquences d'ordre général</p> <p>Domaine de la prise en charge</p> <p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Facteurs de risques professionnels</p> <p>Typologies / Modalités d'usage</p> <p>Freins à la prévention</p>	<p>Caractéristiques sociales des CA</p> <p>Facteurs extraprofessionnels</p> <p>Compétences des acteurs de la prévention</p> <p>Outils liés à la prévention</p>

Ce tableau comparatif est à l'origine de plusieurs réflexions. En effet, les noyaux centraux des représentations professionnelles des infirmiers et des répondants ayant reçu une formation sont composés des mêmes catégories que celui de la représentation professionnelle globale. On retrouve à la fois les usages avec substances, les caractéristiques psychologiques des conduites addictives et les conséquences physiques et physiologiques. Nous remarquons également que ces trois catégories sont quasiment présentes dans l'ensemble noyaux centraux excepté celui du personnel n'ayant pas reçu de formation. Il est également intéressant de noter que la catégorie « leviers de prévention globale » est identifiée à la fois dans le noyau central des médecins du travail et des préventeurs. Pour rappel, les éléments constitutifs du noyau central sont les plus saillants et les plus significatifs (Ferrara & Friant, 2014, p.6).

Concernant la première périphérie, les médecins du travail et les préventeurs partagent la même catégorie : « usages sans substances ». Cette zone contient :

« Les éléments importants de la représentation, soit par leur fréquence, soit par leur importance » (Abric, 2003, p. 378).

Nous observons également que deux zones de RP (infirmiers de santé au travail et personnel n'ayant pas reçu de formation) ne possèdent pas de catégorie dans cette zone.

Les catégories situées dans la zone « deuxième périphérie » sont les éléments secondaires, à la fois peu importants et présents dans la composition de la RP (Pianelli et al., 2010, p.245). Ainsi, la catégorie « caractéristiques temporelles des CA » est partagée par l'ensemble des différentes RP. L'ensemble des champs est représenté pour chaque RP. Il est intéressant de remarquer que les catégories liées au champ de la prévention (« Outils liés à la prévention des CA » ; « Leviers institutionnels » et « Leviers de prévention globale ») se retrouvent dans l'ensemble des secondes périphéries des RP. Ces éléments ne seraient donc pas considérés comme importants aux yeux des répondants concernant les conduites addictives. La catégorie « facteurs socioprofessionnels d'influence » recensant les facteurs susceptibles d'influencer une potentielle consommation est également présente dans

cette zone pour les infirmiers de santé au travail, préventeurs et personnel ayant reçu ou non une formation. Cela signifierait donc que les répondants n'associent pas systématiquement les conduites addictives avec les facteurs socio-organisationnels inhérents au milieu du travail.

Enfin, la zone des éléments contrastés regroupe les éléments évoqués par peu de sujets mais que ceux-ci considèrent comme très importants. Ces deux cases constituent :

« *Une zone potentiellement déséquilibrante, source de changement* » (Vergès, 1994, p. 238 cité par Roussieau & Bonardi, 2001, p. 133).

Les catégories présentes au sein de cette zone sont donc susceptibles de changer et d'intégrer d'autres zones des représentations. Nous notons le fait qu'il n'y a aucune catégorie partagée par l'ensemble des différentes représentations. Cependant, l'ensemble des champs catégoriels y est représenté. Nous notons également que les médecins évoquent un nombre de catégories plus élevé que les autres fonctions (onze catégories). A l'inverse, les représentations professionnelles des préventeurs n'évoquent que deux catégories dans leur zone des éléments contrastés. Cela allègue une certaine homogénéité des résultats parmi les participants occupant ces postes.

Synthèse

Cette partie de notre outil constitue l'un des aspects principaux de notre travail. Il nous a en effet permis de donner un premier angle de vue sur la possible composition des représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail sur la question des conduites addictives. Nous avons pu remarquer qu'il existe des divergences dans la façon dont elles sont constituées en fonction de la profession et du fait d'avoir été formé sur les questions de prévention des CA en milieu de travail. Nous retiendrons globalement que les corps de métiers ne partagent pas le même noyau central de représentation professionnelle. Cependant, nous remarquons que les différentes RP sont principalement centrées sur les questions d'usages avec substances, des conséquences sur le plan psychologique, et sur les aspects psychologiques et psychiques qui caractérisent les conduites addictives. Ces

éléments seront repris en discussion afin de proposer une réflexion autour des résultats obtenus.

2.3 Questionnaire de caractérisation

2.3.1 Traitement des données

La troisième partie de notre outil de recueil présente un questionnaire de caractérisation. Pour rappel, ce dernier est inspiré des travaux de Vergès (2001). L'objectif est de montrer la saillance des éléments au sein d'une représentation (Vergès, 2001, p.538). Nous nous intéressons ici particulièrement à la représentation professionnelle des liens entre facteurs socio-organisationnels du travail et consommation de SPA chez acteurs de la santé au travail.

La méthode de traitement statistique présentée par Vergès (2001) était établie autour du principe de sélection par le répondant. Ce dernier devait désigner quatre items jugés comme caractéristiques et quatre items jugés comme non caractéristiques sur une liste de douze items. En fonction de la position de ces derniers, un code était attribué pour chaque item :

- 1 si l'item choisi est non caractéristique ;
- 2 si l'item n'a pas été choisi par le sujet ;
- 3 si l'item choisi est caractéristique.

Cette cotation nous permet ainsi d'établir un pourcentage de caractérisation en fonction des différents items. On s'intéresse alors aux facteurs ayant une distribution très dissymétrique entre la dimension caractéristique et non caractéristique. On considère alors que les items en question ont une forte probabilité d'appartenir au noyau central de la représentation (Vergès, 2001, p.539). Cependant, l'auteur explique que ce type de traitement descriptif ne peut faire office que d'indice concernant l'appartenance de l'item au noyau central de la représentation (Vergès, 2001, p.540).

Nous avons donc pris la décision de nous inspirer de ses travaux, mais de proposer ce questionnaire de caractérisation sous une forme différente. Les répondants étaient donc amenés à classer une liste de douze facteurs propres aux

organisations de travail en fonction de leur degré d'influence concernant les consommations de SPA. La consigne était la suivante :

« Dans la liste ci-dessous figurent 12 facteurs qui peuvent influencer la prise de Substances Psychoactives (SPA) au Travail. Lisez-les attentivement. Classez-les ensuite par ordre d'influence :- "1" étant le plus influent ;- "12" étant le moins influent. Vous pouvez sélectionner les facteurs et les glisser de haut en bas afin de les classer ».

La sélection des répondants nous a ainsi donné un score obtenu pour chaque item. Basés sur l'analyse de Vergès (2001), nous considérons que :

- Les items les plus caractéristiques seront les quatre scores les plus élevés ;
- Les items les moins caractéristiques seront les quatre scores situés au milieu du classement ;
- Les items « non choisis », n'appartenant donc pas au noyau central, seront les quatre scores les moins élevés.

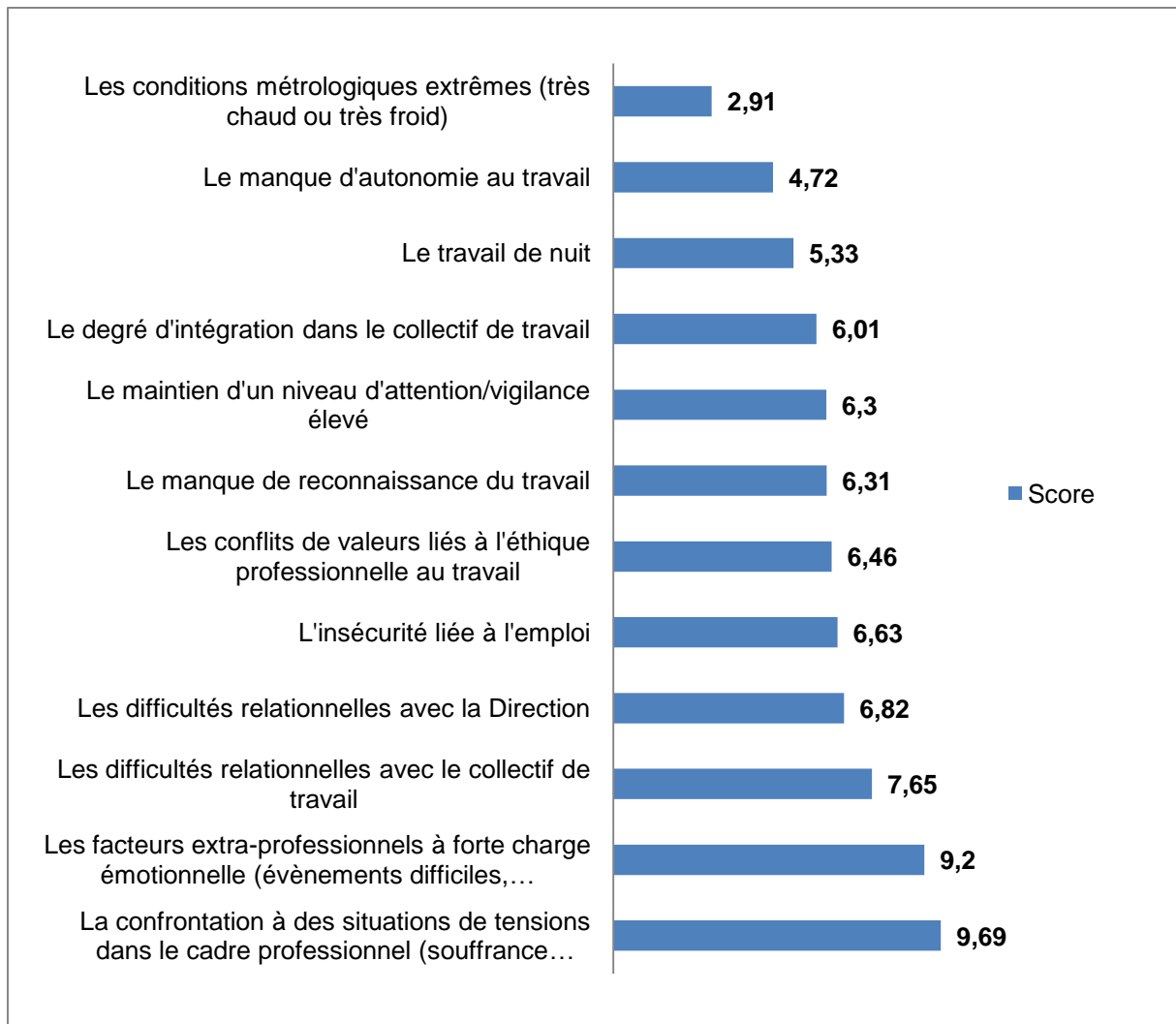
Ainsi, nous avons recueilli les données des participants au sein d'un tableau (cf. Annexe 20). Nous avons calculé un score établi sur deux éléments :

- Le poids de la position classée ;
- Le nombre de réponses pour l'item.

Nous avons appliqué une pondération afin de pouvoir représenter les données graphiquement. Les poids sont donc appliqués à l'envers. En d'autres termes, le facteur d'influence classé en premier a le poids le plus élevé, et le facteur le moins influent selon lui détient un poids de 1.

2.3.2 Résultats généraux

232 sujets ont répondu au questionnaire de caractérisation. Les résultats en fonction des scores montrent la tendance suivante (cf. Graphique 12).



Graphique 12 – Score de caractérisation pour l'échantillon global (232 sujets)

Nous remarquons que les quatre catégories ayant le score le plus élevé sont :

- La confrontation à des situations de tensions dans le cadre professionnel ;
- Les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle ;
- Les difficultés relationnelles avec le collectif de travail ;
- Les difficultés relationnelles avec la Direction.

Les quatre facteurs considérés comme moins caractéristiques sont :

- L'insécurité liée à l'emploi ;
- Les conflits de valeurs liés à l'éthique professionnelle ;
- Le manque de reconnaissance du travail ;
- Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé.

A l'inverse, les quatre catégories ayant le score le plus faible (considérés comme « non choisi ») sont :

- Les conditions météorologiques extrêmes ;
- Le manque d'autonomie au travail ;
- Le travail de nuit ;
- Le degré d'intégration dans le collectif de travail.

Afin d'affiner nos résultats, nous avons voulu vérifier si la distribution des scores était significativement différente d'un facteur à l'autre. D'après le test de Kruskal-Wallis, nous nous observons une distribution significativement différente pour notre échantillon : $X_2 = 714$, $p < 0.001$.

	χ^2	df	p
Score	714	11	<.001

Il existe donc une différence statistiquement significative au niveau des scores pour les différents facteurs d'influence.

2.3.3 Résultats détaillés

2.3.3.1 Caractérisation en fonction des professions

Une étude comparative des différents classements en fonction des professions des répondants a été réalisée (cf. Tableau 26). Les données sont présentées en fonction de leur score (du plus élevé au moins élevé).

Légende :

- **Cases entourées en vert** : composition identique pour les facteurs les plus caractéristiques ;
- **Cases entourées en rouge** : composition identique pour les facteurs non choisis.

Tableau 26 – Etude comparative des caractérisations des items en fonction des professions

Facteurs	Médecins du travail	Infirmiers de santé au travail	Préventeurs
Facteurs les plus caractéristiques	<p>La confrontation à des situations de tensions dans le cadre professionnel (9.49)</p> <p>Les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle (9.13)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec le collectif de travail (7.61)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec la Direction (6.64)</p>	<p>Les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle (9.94)</p> <p>La confrontation à des situations de tensions dans le cadre professionnel (9.8)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec le collectif de travail (7.63)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec la Direction (6.9)</p>	<p>La confrontation à des situations de tensions dans le cadre professionnel (9.85)</p> <p>Les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle (8.23)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec le collectif de travail (7.77)</p> <p>Les difficultés relationnelles avec la Direction (7)</p>
Facteurs les moins caractéristiques	<p>L'insécurité liée à l'emploi (6,45)</p> <p>Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé (6,45)</p> <p>Les conflits de valeurs liés à l'éthique professionnelle au travail (6,34)</p> <p>Le manque de reconnaissance du travail (6,3)</p>	<p>L'insécurité liée à l'emploi (6,77)</p> <p>Les conflits de valeurs liés à l'éthique professionnelle au travail (6,54)</p> <p>Le manque de reconnaissance du travail (6,38)</p> <p>Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé (6,1)</p>	<p>L'insécurité liée à l'emploi (6,87)</p> <p>Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé (6,64)</p> <p>Les conflits de valeurs liés à l'éthique professionnelle au travail (6,3)</p> <p>Le degré d'intégration dans le collectif de travail (6,21)</p>
Facteurs non choisis	<p>Le degré d'intégration dans le collectif de travail (6)</p> <p>Le travail de nuit (5.63)</p> <p>Le manque d'autonomie au travail (4.9)</p> <p>Les conditions météorologiques extrêmes (très chaud ou très froid) (3.07)</p>	<p>Le degré d'intégration dans le collectif de travail (6.08)</p> <p>Le travail de nuit (4.65)</p> <p>Le manque d'autonomie au travail (4.55)</p> <p>Les conditions météorologiques extrêmes (très chaud ou très froid) (2.65)</p>	<p>Le manque de reconnaissance du travail (6.21)</p> <p>Le travail de nuit (5.57)</p> <p>Le manque d'autonomie au travail (4.77)</p> <p>Les conditions météorologiques extrêmes (très chaud ou très froid) (2.77)</p>

Le tableau présenté ci-dessus nous permet de remarquer une sélection de facteurs caractéristiques identiques pour les médecins du travail ainsi que pour les préventeurs. Nous retrouvons alors :

- La confrontation à des situations de tensions dans le cadre professionnel
- Les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle ;
- Les difficultés relationnelles avec le collectif de travail ;
- Les difficultés relationnelles avec la direction.

Concernant les infirmiers de santé au travail, les facteurs d'influence sélectionnés sont les mêmes que ceux de leur pairs. Cependant, ils ont accordé un poids plus important aux « facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle ».

Le tableau montre qu'au niveau des facteurs les moins caractéristiques, l'ensemble des facteurs sélectionnés est le même pour les trois professions. Seuls les scores attribués diffèrent. Nous retrouvons la liste de facteurs suivants :

- Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé ;
- Les conflits de valeurs liés à l'éthique professionnelle au travail ;
- Le manque de reconnaissance du travail ;
- Le maintien d'un niveau d'attention/vigilance élevé.

Si l'on s'intéresse maintenant aux facteurs « non choisis », on remarque que la sélection est la même pour les infirmiers de santé au travail et les médecins du travail :

- Le degré d'intégration dans le collectif de travail ;
- Le travail de nuit ;
- Le manque d'autonomie au travail ;
- Les conditions météorologiques extrêmes (très chaud ou très froid).

La sélection réalisée par les préventeurs du travail est également similaire. Cependant, ces derniers ont placé le facteur : « manque de reconnaissance du travail » dans la sélection des facteurs non choisis.

3.3.3.2 Question ouverte

Nous avons également laissé la possibilité aux participants de répondre à une question ouverte afin d'indiquer d'autres facteurs d'influence non présents dans la liste de caractérisation. 62.93% des répondants considèrent qu'il existe d'autres facteurs pouvant avoir une influence sur la consommation de SPA. Parmi eux :

- 58,49% des préventeurs ;
- 64,13% des médecins du travail ;
- 64,79% des infirmiers de santé au travail.

Au total, 145 propositions ont été transmises. La disparité des réponses en fonction des catégories professionnelles étant élevée, nous ne proposerons ici qu'une analyse globale des réponses recueillies. Ainsi, ces dernières ont été regroupées dans un tableau afin d'opérer une catégorisation sémantique, dans l'optique de les regrouper par thématique. Le nombre d'occurrences a été calculé pour chaque thématique. Le tableau suivant présente les thématiques retenues, leur occurrence ainsi que des exemples d'items classés :

Tableau 27 – Classement des propositions concernant les facteurs d'influence de consommation de SPA supplémentaires

OCCURRENCES	THEMATIQUES	ITEMS
23	Surcharge de travail	<i>Surcharge de travail, stress, charge de travail...</i>
21	Perte de sens	<i>Ennui, bore out, inactivité...</i>
13	Accès facilité aux SPA	<i>Accessibilité, présence des substances en milieu de travail...</i>
13	Recherche de performance	<i>Recherche de performance, conduite dopante, dopage</i>
11	Manque de sensibilisation sur les effets des addictions	<i>Méconnaissance des effets, manque de connaissances...</i>
11	Mise au placard	<i>Mise au placard, manque de travail, perte de contenu...</i>
11	Manque de politique d'entreprise	<i>Manque de clarté dans la politique entreprise, absence d'encadrement...</i>
11	Dangerosité du travail	<i>Dangerosité du travail, danger, travail dangereux, mise en danger, situation stressante...</i>
10	Banalisation	<i>Banalisation de la consommation</i>
7	Manque de formation	<i>Manque d'information sur les effets nocifs, manque de formation, manque de formation</i>

		<i>professionnelle...</i>
5	Décalage entre évolution de la législation et monde du travail	<i>la législation qui évolue plus vite qu'elle ne peut s'intégrer dans le monde du travail...</i>
4	Manque d'accompagnement au changement	<i>Manque d'accompagnement au changement</i>
3	Travailleurs isolés	<i>Isolement, déplacement lointains, absence de lien social</i>
2	Technologie	<i>Nouvelles technologies, trop de technologies</i>

Globalement, nous retrouvons des propositions qui sont proposées sous d'autres formulations dans le questionnaire de caractérisation. Par exemple, nous notons la présence d'éléments relatifs à la « surcharge de travail ». Or, nous considérons que les facteurs proposés dans le questionnaire de caractérisation intègrent la notion de charge de travail selon différents travaux en ergonomie (Leplat & De Montmollin, 2001, p.53 ; Chanquoy & al., 2007). Nous retrouvons ainsi les aspects relatifs à la charge physique (ambiances, travail de nuit...), la charge mentale (attention/vigilance...) et la charge psychique (émotions, relations sociales...). La distinction est opérée par les répondants sur le préfixe sur- qui qualifie la charge de travail. Cet élément est intéressant dans le sens où les participants semblent accorder une place importante à la surcharge de travail plus qu'à la charge en elle-même.

Il est possible de remarquer que la thématique liée au « manque » est présente pour plusieurs catégories : manque de formation, manque de politique d'entreprise, manque de sensibilisation sur les effets des addictions. Ces catégories regroupent des items qui font référence à des lacunes existantes au niveau des aspects organisationnels du travail. D'après les répondants, ce sont ces lacunes qui pourraient influencer la consommation de SPA.

Nous notons également qu'une partie des items a été regroupée dans des catégories qui n'impliquent pas d'emblée le monde du travail mais qui se situent à la frontière entre sphère professionnelle et extraprofessionnelle. Par exemple, nous retrouvons les thématiques « Décalage entre évolution de la législation et monde du travail » et « Banalisation » qui regroupent des items mettant en lien des aspects législatifs ou culturels avec le travail.

Enfin, nous avons regroupé certains items au sein d'une thématique relative aux conduites dopantes. Il est intéressant de se demander si les items de cette

catégorie (ex : « recherche de performance », « dopage »...) ne représente pas plutôt des conséquences liées à des facteurs du travail comme le maintien d'un niveau de vigilance ou d'attention élevé ou le degré d'intégration avec le collectif de travail, plutôt qu'un facteur de consommation en soi.

Synthèse

Le questionnaire de caractérisation nous a permis d'accéder à la composition potentielle du noyau central de la représentation professionnelle des acteurs de la santé au travail au sujet du lien entre conduites addictives et facteurs du monde du travail. Bien que la méthodologie de recueil et d'analyse proposée soit essentiellement descriptive, nous avons constaté une significativité de certains résultats pour notre échantillon global. Il est intéressant de remarquer que les participants au questionnaire considèrent que les facteurs extra-professionnels occupent un rôle prépondérant dans l'influence des consommations, bien que l'on se soit particulièrement intéressé aux facteurs socio-organisationnels du travail. Ils accordent également une importance particulière aux facteurs relationnels et sociaux du travail puisque les difficultés relationnelles avec la direction et le collectif de travail constituent deux des quatre facteurs d'influence les plus caractéristiques. Les situations stressantes en milieu de travail sont, quant à elles, les plus saillantes pour les participants.

A l'inverse, les facteurs les moins caractéristiques concernent les conditions météorologiques, le travail de nuit ou encore l'autonomie. Grâce à l'étude comparative des résultats en fonction des professions des participants, nous avons pu observer des convergences dans le classement des différents facteurs, bien que le score d'influence attribué ne soit pas similaire.

Enfin, le fait d'avoir laissé une ouverture aux répondants nous a permis de mettre en lumière différentes catégories de facteurs d'influence appartenant plus ou moins à la sphère professionnelle. Nous constatons ainsi que les acteurs de la santé développent une vision globale des éléments qui peuvent influencer les usages de SPA et les conduites addictives.

2.4 Préconisations

2.4.1 Traitement des données

Cette partie de notre outil de recueil de données visait à sonder les besoins et attentes sur les démarches de prévention de consommation de SPA en lien avec le travail. Notre objectif était de pouvoir recueillir différentes données dont :

- Le degré d'importance perçue concernant l'importance de la pluridisciplinarité (en interne et en externe) sur le développement de la prévention de l'usage de SPA en milieu de travail ;
- Les mesures de prévention mises en place au sein du SSTI et des entreprises adhérentes lors d'une suspicion d'addiction en milieu professionnel ;
- Les freins et leviers au développement de la prévention des consommations de SPA en milieu de travail.

Par le biais de questions fermées (échelles de Likert) et de questions ouvertes (boîtes de dialogue), nous avons recueilli un ensemble de données à la fois quantitatives et qualitatives.

Concernant les données quantitatives, nous avons réalisé une analyse descriptive en pourcentages. Afin d'affiner nos résultats, nous avons de nouveau effectué des tests de comparaison d'échantillons afin de savoir si ces derniers sont significativement différents ou non. Nous avons également tenté d'observer si la variable « profession » avait une influence sur les choix de réponses concernant l'évaluation du degré d'importance vis-à-vis de la pluridisciplinarité. Quant aux données qualitatives, nous avons procédé de la même manière que pour le questionnaire de caractérisation. Les données ont ainsi été groupées afin de procéder à une catégorisation sémantique.

2.4.2 Evaluation du degré d'importance perçue vis-à-vis de la pluridisciplinarité

2.4.2.1 Pluridisciplinarité interne

Pour rappel, la question posée concernant cet item était la suivante :

« *La pluridisciplinarité au sein de votre service est-elle importante pour contribuer au développement de la prévention de l'usage des substances psychoactives en entreprise ?* »

231 répondants ont noté leur degré d'importance perçu sur une échelle de Likert allant de 0 à 5. Le score moyen obtenu est de 3.7. Si l'on détaille le score obtenu en fonction des professions, les scores obtenus sont les suivants :

- 3.8 pour les infirmiers de santé au travail ;
- 3.8 pour les médecins du travail ;
- 3.5 pour les préventeurs.

2.4.2.2 Pluridisciplinarité externe

La même question était proposée aux répondants concernant la pluridisciplinarité externe, c'est-à-dire le fait d'avoir des échanges de pratiques avec des organismes spécialisés dans la prise en charge des personnes souffrant d'addictions, ou souhaitant bénéficier d'un accompagnement concernant les usages de SPA.

231 répondants ont noté leur degré d'importance perçu sur une échelle de Likert allant de 0 (pas importante) à 5 (très importante). Le score moyen obtenu est également de 3.7. Les scores obtenus par profession sont les suivants :

- 3.8 pour les infirmiers de santé au travail ;
- 3.9 pour les médecins du travail ;
- 3.4 pour les préventeurs.

Il semble donc qu'il existe des différences d'évaluation en fonction des postes occupés. Afin de vérifier si cette différence est significative d'un point de vue statistique, nous avons réalisé un test de comparaison de nos échantillons. D'après le test de Kruskal-Wallis, la différence entre les échantillons n'est pas statistiquement significative.

	χ^2	df	p
Degré d'importance perçu PI ³⁹	1.86	2	0.395
Degré d'importance perçu PE ⁴⁰	5.62	2	0.060

Pairwise comparisons - Degré d'utilité perçu PI

		W	p
Médecins du travail	Infirmiers de santé au travail	-0.404	0.956
Médecins du travail	Préventeurs	-1.899	0.372
Infirmiers de santé au travail	Préventeurs	-1.415	0.577

Pairwise comparisons - Degré d'utilité perçu PE

		W	p
Médecins du travail	Infirmiers de santé au travail	-0.246	0.984
Médecins du travail	Préventeurs	-3.338	0.058
Infirmiers de santé au travail	Préventeurs	-2.527	0.174

Il n'existe donc pas de différence significative entre les scores obtenus en fonction des différentes professions pour les différents degrés d'importance perçus concernant la pluridisciplinarité.

Afin d'affiner nos résultats, un test de corrélation entre les scores obtenus pour les différents type de pluridisciplinarité a été effectué. Le coefficient de corrélation obtenu est de : $r = 0.593$, $p < .001$. Ainsi, plus le score du degré d'importance perçu pour la pluridisciplinarité interne est élevé, plus celui concernant la pluridisciplinarité externe le sera également.

³⁹ Pluridisciplinarité Interne

⁴⁰ Pluridisciplinarité Externe

		Degrés d'importance perçu PI	Degrés d'importance perçu PE
Degrés d'importance perçu PI	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Degrés d'importance perçu PE	Spearman's rho	0.593 ***	—
	p-value	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Enfin, nous avons réalisé un test de comparaison des scores attribués aux degrés d'importance en fonction des types de pluridisciplinarité. Le test de Mann-Whitney ne nous permet pas d'affirmer que les scores attribués pour les degrés d'importances des différentes pluridisciplinarités sont significativement différents à $p < .05$.

		Statistic	p
Score	Mann-Whitney U	21960	0.351

Les relations observées entre les différents facteurs et le résultat des tests ont été synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 28 – Synthèse des résultats observés concernant l'évaluation du degré d'importance perçu vis-à-vis de la pluridisciplinarité

RELATION OBSERVEE	TEST	SIGNIFICATIVITE	p.
Degré d'importance perçu pour la PI et profession	Kruskal-Wallis	X	0.098
Degré d'importance perçu pour la PE et profession	Kruskal-Wallis	X	0.387
Corrélation entre les scores attribués pour la PE et la PI	Corrélation de Spearman	✓	< .001

Comparaison des scores entre PE et PI	Mann-Whitney	X	0.351
--	--------------	---	-------

2.4.3 Mesures de préventions appliquées au sein du SSTI et des entreprises adhérentes

Nous souhaitons également obtenir des informations sur les connaissances des répondants concernant des exemples de mesures à mettre en place au sein de leur SSTI ou au sein des entreprises adhérentes en cas de suspicion d'un cas d'addiction en milieu professionnel. Les pourcentages des réponses ont été calculés sur la base des données disponibles dans le tableau de recueil des données globales (cf. Annexe 12). Nous proposons de détailler les résultats obtenus dans le tableau suivant :

Tableau 29 – Pourcentage des participants ayant connaissance de mesures de prévention à mettre en place

	GLOBAL	MEDECINS DU TRAVAIL	INFIRMIERS DE SANTE AU TRAVAIL	PREVENTEURS
Actions au sein des SSTI	60.17%	60.87%	68.57%	52.83%
Actions au sein des entreprises adhérentes	60%	72.53%	51.43%	47.17%

Au total, 276 réponses ont été recueillies. La disparité des réponses en fonction des catégories professionnelles étant élevée, nous ne proposerons ici qu'une analyse globale. Ainsi, ces dernières ont été regroupées dans un tableau afin d'opérer une catégorisation sémantique dans l'optique de les regrouper par thématique. Le nombre d'occurrences a été calculé pour chaque thématique. A titre

informatif, les réponses des participants pouvaient contenir plusieurs propositions. Le nombre d'occurrences pour chaque catégorie peut donc être supérieur au nombre de réponses recueillies (276).

Sur la base des réponses des répondants, trois grandes catégories de propositions ont été établies :

- Actions en milieu de travail ;
- Actions au sein des SSTI ;
- Actions réalisées hors SSTI.

Pour chacun de ces types d'actions, nous avons classé les propositions en fonction de leur degré de prévention. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la définition de ces différents termes proposés par l'OMS (1948, cité dans HAS, 2015, p.4), transposés au milieu de la santé au travail :

- La prévention primaire regroupe l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'un risque auprès d'une population. On retrouve ici des actions à la fois individuelles mais surtout collectives ;
- La prévention secondaire cherche à réduire la présence d'un risque déjà existant. Elle regroupe les actions qui sont mises en place à l'apparition d'une problématique liée à ce risque ;
- La prévention tertiaire se traduit par la mise en place d'actions visant à réduire ou réparer les conséquences d'un risque présent en milieu de travail.

Les tableaux suivant présentent les trois grands types d'actions ainsi que des exemples de mesures en fonction des types de prévention :

Tableau 30 – Actions de prévention en milieu de travail en fonction des types de prévention

	Type de prévention	Mesures
Actions en milieu de travail (265 occurrences)	Primaire et secondaire	<i>Sensibilisation collective</i> <i>Mise à jour du règlement intérieur</i> <i>Protocole "Trouble du Comportement"</i> <i>Sensibilisation employeur</i> <i>Brochures d'informations</i>

		<p><i>Démarche d'analyse des conditions de travail</i></p> <p><i>Sensibilisation de l'encadrement</i></p> <p><i>Documentation pour employeur</i></p> <p><i>Formation employeur</i></p> <p><i>Fiche de liaison avec l'employeur</i></p> <p><i>Accompagnement Document Unique</i></p> <p><i>Forum de formation et d'information</i></p> <p><i>Fiches d'aide</i></p> <p><i>Procédures pour employeur et salarié</i></p> <p><i>Intervention du psychologue du travail</i></p> <p><i>Intégration dans la fiche entreprise</i></p> <p><i>Visite en entreprise</i></p> <p><i>Plan de prévention</i></p> <p><i>Analyse des conditions de travail</i></p> <p><i>Ateliers pratiques</i></p> <p><i>Dialogue avec les instances représentatives du personnel</i></p> <p><i>Fiche pratique pour employeurs</i></p> <p><i>Forums Sécurité</i></p> <p><i>Matinales d'information</i></p> <p><i>Sensibilisation aux RPS</i></p> <p><i>Contact avec l'employeur</i></p> <p><i>Entretien salarié et employeur</i></p> <p><i>Engagement écrit dans le contrat de travail</i></p> <p><i>Retrait de l'alcool aux pots d'entreprise</i></p> <p><i>Interdiction du tabac</i></p> <p><i>Dépistage si prévu dans Règlement Intérieur</i></p> <p><i>Alerter la direction</i></p> <p><i>Groupe de travail en entreprise</i></p>
	Tertiaire	<p><i>Sanctions</i></p> <p><i>Fouille</i></p> <p><i>Retrait du poste de travail</i></p> <p><i>Mise en sécurité du salarié</i></p> <p><i>Accompagnement au retour au poste</i></p> <p><i>Aménagement de poste</i></p> <p><i>Inaptitude et suivi</i></p>

Ce premier tableau nous indique que la majeure partie des actions proposées en milieu de travail relève de la prévention primaire et secondaire. C'est d'ailleurs

cette catégorie d'actions qui regroupe le plus d'occurrences (265 occurrences). Nous avons pris la décision de regrouper les actions de prévention primaires et secondaires car certaines d'entre elles peuvent s'appliquer dans les deux cas. Ainsi, nous retrouvons des actions qui concernent l'ensemble des acteurs de l'entreprise (ex : « sensibilisation employeur » ; « contact avec l'employeur » ; « sensibilisation de l'encadrement»). Les propositions réalisées se situent à la fois sur un plan individuel (ex : « formation employeur ») et collectif (ex : « sensibilisation collective »). Certaines mesures concernent notamment des actions concrètes établies sur le long terme du SSTI en milieu de travail (ex : « accompagnement DU » ; « démarche d'analyse des conditions de travail »).

Nous retrouvons également des mesures concernant les aspects législatifs, notamment en lien avec les questions de dépistage (ex : « Dépistage si prévu dans règlement intérieur » ; « mise à jour du règlement intérieur »). Certaines propositions sont également basées sur le principe d'interdiction ou de privation (ex : « interdiction du tabac » ; « retrait de l'alcool aux pots d'entreprise »).

Enfin, les mesures proposées en prévention tertiaire concernent principalement des actions à mettre en place lorsqu'un trouble du comportement est observé en entreprise. Nous retrouvons à la fois des actions répressive (ex : « sanctions »), l'application de mesures de sécurité (ex : « mise en sécurité du salarié » ; « retrait du poste de travail ») ainsi que des actions de suivi (ex : « accompagnement au retour au poste » ; « inaptitude et suivi »).

Tableau 31 – Actions de prévention réalisées en SSTI en fonction des types de prévention

	Type de prévention	Mesures
Actions au sein des SSTI (183 occurrences)	Primaire	<i>RPIB</i> <i>Groupe de travail addiction</i> <i>Formation en interne</i> <i>Questionnaire (FACE et CAST)</i> <i>Conseils lors de la visite médicale</i> <i>Malette de prise en charge</i> <i>Partenariat avec structure de prise en charge</i> <i>Pôle de compétence dédié avec médecin référents</i> <i>Accompagnement pluridisciplinaire</i> <i>Médecin addictologue du service</i>

		<i>Evaluation lors des entretiens</i> <i>Groupe de veille</i> <i>Référent addictions</i> <i>Sensibilisation par IDST spécialisé</i>
	Secondaire et tertiaire	<i>Orientation vers le médecin du travail</i> <i>Visite Médicale à la demande</i> <i>Débriefing au médecin du travail</i> <i>Suivi médecin</i> <i>Entretien individuel</i> <i>Staff au médecin du travail</i> <i>Mise en place d'un service addictologie</i> <i>Ouverture d'une consultation en tabacologie</i> <i>Protocole infirmier</i> <i>Signalement auprès du médecin du travail</i> <i>Suivi infirmier</i> <i>Sensibilisation salarié</i> <i>Orientation vers le psychologue du travail</i> <i>Suivi individuel</i> <i>Suivi régulier</i> <i>Prise en charge</i> <i>Suivi</i> <i>Visite de reprise</i> <i>Rendez-vous avec médecin du travail puis relais avec infirmier</i> <i>Re-convocation par le médecin</i>

Ce second tableau regroupe les actions de prévention réalisées au sein du SSTI. Concernant la prévention primaire, les actions sont centrées à la fois sur les salariés des entreprises et les acteurs des services de santé. Les mesures recueillies concernant les salariés sont majoritairement individuelles (ex : « conseils lors de la visite médicale » ; « évaluation lors des entretiens » ; « suivi infirmier »). A l'inverse, les mesures centrées sur les acteurs des SSTI sont principalement collectives (ex : « formation en interne » ; « groupe de travail addiction » ; « groupe de veille »). On remarque la présence de nombreuses mesures qui font appel aux visites médicales et l'utilisation d'outils spécifiques à la prévention des conduites addictives (ex : « Questionnaire (FACE et CAST) » ; « RPIB » ; « mallette de prise en charge »).

Au même titre que le tableau précédent, nous avons regroupé les actions de prévention secondaire et tertiaire. Nous y retrouvons des actions centrées sur la relation entre salariés des entreprises, médecins du travail et infirmiers de santé au travail (ex : « suivi infirmier » ; « entretien individuel » ; « suivi médecin »). Ces mesures sont principalement centrées sur l'utilité des visites médicales. Nous observons également des actions de communication internes axées sur la dyade « médecin du travail et infirmier en santé au travail » (ex : « staff au médecin du travail » ; « rendez-vous avec médecin du travail puis relais avec infirmier »). Enfin, nous avons également recueilli des actions qui intègrent le psychologue du travail et des organisations (ex : « orientation vers le psychologue du travail » ; « suivi individuel »). Ces mesures se retrouvent généralement dans le cadre de la prévention tertiaire car elles peuvent éventuellement faire suite à une réorientation par le médecin du travail. Nous observons enfin la présence prépondérante d'actions faisant appel au médecin du travail (ex : « signalement auprès du médecin du travail » ; « suivi médecin » ; « visite de reprise »).

Tableau 32 – Actions de prévention réalisées hors SSTI en fonction des types de prévention

	Type de prévention	Mesures
Actions réalisées hors SSTI (71 occurrences)	Tertiaire	<i>Orienter vers structure de prise en charge spécialisée</i> <i>Orientation vers le médecin traitant</i> <i>Orientation du salarié</i> <i>Intervention des spécialistes en entreprise</i> <i>Contact du médecin généraliste</i> <i>Orientation vers addictologue</i> <i>Obligation de traitement par spécialiste</i> <i>Orientation vers psychologue clinicien</i> <i>Orientation vers assistante sociale hors service</i> <i>Annuaire de contacts extérieurs</i> <i>Appel des urgences</i> <i>Consultation médicale</i> <i>Contact du psychiatre</i> <i>Contacts utiles</i> <i>Arrêt de travail</i> <i>Echange avec structure externe (CSAPA)</i>

Enfin, ce dernier tableau est composé des mesures proposées hors service de santé. Ce dernier regroupe des actions qui font exclusivement partie de la prévention tertiaire. Globalement, ces dernières sont centrées sur le relais avec les acteurs de santé d'organismes externes (ex : orientation vers le médecin traitant » ; « orientation vers addictologue »). Nous y retrouvons également des mesures relatives aux échanges avec ces acteurs externes (ex : « contact du psychiatre » ; « échange avec structure externe (CSAPA) »).

2.4.4 Identification des freins et leviers au développement de la prévention

Nous avons clôturé cette partie de notre outil sur les préconisations en interrogeant les répondants sur les éléments qui pourraient constituer des freins ou des leviers à l'amélioration de la prévention des conduites addictives en milieu professionnel. Au même titre que les éléments d'analyse précédent, nous avons groupé les données recueillies sur la base du tableau des données globales (cf. Annexe 12) afin de procéder à une catégorisation sémantique.

2.4.4.1 Leviers de développement de la prévention des conduites addictives

L'analyse réalisée nous a permis de proposer cinq types de ressources :

- (1) **Les ressources réglementaires** qui regroupent les éléments législatifs ou en lien avec le code du travail ;
- (2) **Les ressources propres aux SSTI** concernent directement les acteurs de la santé au travail, le travail pluridisciplinaire et la prise en charge des salariés ;
- (3) **Les ressources en lien direct avec les entreprises** regroupent quant à elles les éléments ou acteurs du monde de l'entreprise pouvant être une ressource dans la prévention ;
- (4) **Les ressources externes aux SSTI** regroupent les ressources extérieures aux services, des organismes de prise en charge aux acteurs de la santé hors travail ;
- (5) **Les ressources générales** rassemblent les termes génériques appartenant au champ lexical de la prévention. On y retrouve à la fois des exemples d'actions concrets et des compétences professionnelles pouvant être mises à contribution dans les projets de prévention.

Au total, 222 réponses ont été recueillies. La disparité des réponses en fonction des catégories professionnelles étant élevée, nous ne proposerons ici qu'une analyse globale. Ainsi, ces dernières ont été regroupées dans un tableau afin d'opérer une catégorisation lexicale, dans l'optique de les regrouper par thématique. Le nombre d'occurrences a été calculé pour chaque thématique. A titre informatif, les réponses des participants pouvaient contenir plusieurs propositions. Le nombre d'occurrences pour chaque catégorie peut donc être supérieur au nombre de réponses recueillies.

Les tableaux suivants présentent les cinq types de ressources et les items associés :

Tableau 33 – Ressources en lien direct avec les entreprises

CATEGORIE DE RESSOURCES	ITEMS
<p align="center">Ressources en lien direct avec les entreprises (123 occurrences)</p>	<p><i>Implication de la direction</i></p> <p><i>Dialogue social</i></p> <p><i>Prise de conscience de l'employeur</i></p> <p><i>Sensibilisation employeurs</i></p> <p><i>Formation encadrants</i></p> <p><i>Formation des salariés</i></p> <p><i>Formation employeurs</i></p> <p><i>Dialogue entreprises-SST</i></p> <p><i>Journées sécurité</i></p> <p><i>Evaluation des conditions de travail</i></p> <p><i>Amélioration des conditions de travail</i></p> <p><i>Comité social et économique</i></p> <p><i>Actions de prévention avec le SDC⁴¹</i></p> <p><i>Politique de l'entreprise</i></p> <p><i>Partage d'expérience</i></p> <p><i>Amélioration rendement et production</i></p> <p><i>Organisation</i></p> <p><i>Gestion des RPS</i></p> <p><i>Document Unique</i></p> <p><i>Sanctions</i></p> <p><i>Actions en milieu de travail</i></p>

⁴¹ Salarié Désigné Compétent : Depuis le 1er juillet 2012 (date d'entrée en vigueur de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail), le Code du travail (art. L. 4644-1 et R. 4644-1) fait obligation à l'employeur de désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise (PPRP) (INRS, 2019).

	<i>Implication des entreprises</i> <i>Coopération avec services RH</i> <i>Mise en place de protocole</i> <i>Dépistage</i> <i>Implication des salariés</i> <i>Réduction de l'absentéisme</i> <i>Réduction du nombre d'accident</i> <i>Origine des accidents</i> <i>Absences</i> <i>Coût direct/indirect pour entreprises</i> <i>Rencontre employeur</i> <i>Travail d'équipe avec la Direction</i> <i>Conseils aux employeurs</i> <i>Conditions de travail sécurisantes</i> <i>Eviter la répression</i> <i>Bienveillance des employeurs</i> <i>Arbre des causes</i> <i>Audit</i> <i>Favoriser le bien-être au travail</i> <i>Communication interne</i>
--	---

Nous retrouvons au sein de ce tableau des items relatifs aux interventions en milieu de travail (ex : « Evaluation et amélioration des conditions de travail ; « actions en milieu de travail). Ces actions peuvent être à visée préventive (ex : « mise en place de protocoles » ; « favoriser le bien-être au travail ») ou répressive (ex : « sanction). Nous remarquons également que les propositions faites identifient de nombreux acteurs de l'entreprise (ex : « CSE⁴² » ; « actions de prévention avec le SDC »). La formation semble également représenter une ressource importante pour les répondants (ex : « formation encadrants » ; « formation salariés »...). Globalement, les leviers recueillis s'articulent autour d'actions de communication (ex : « communication interne » ; « conseils aux employeurs »).

Tableau 34 – Ressources générales

CATEGORIE DE RESSOURCES	ITEMS
Ressources générales (119 occurrences)	<i>Sensibilisation</i> <i>Information</i>

⁴² Le CSE est une instance de représentation du personnel composée de l'employeur et d'une délégation élue du personnel.

	<i>Communication</i> <i>Lever le tabou</i> <i>En parler</i> <i>Formation</i> <i>Instaurer la confiance</i> <i>Bonne connaissance du sujet</i> <i>Accompagnement</i> <i>Données chiffrées</i> <i>Ecoute</i> <i>Ne pas stigmatiser</i> <i>Prise de conscience des conséquences</i> <i>Travail sur les représentations</i> <i>Prise de conscience</i> <i>Rappel régulier</i> <i>Le temps</i> <i>Démarche claire, précise et guidée</i> <i>Parler des bienfaits de l'abstinence</i> <i>Pédagogie</i> <i>« Rabâcher » les risques</i> <i>Lever les préjugés</i> <i>Agir vite</i> <i>Sécurité</i> <i>Santé</i> <i>Bienveillance</i> <i>Prévention ludique</i>
--	---

Les items classés au sein de ce tableau font appel au domaine des compétences des acteurs de la santé au travail (ex : « bonne connaissance du sujet » ; « écoute » ; « pédagogie »). Globalement, les propositions recueillies s'apparentent à des mots clés liés à la prévention (ex : « santé » ; « bienveillance » ; « accompagnement»). Nous retrouvons également des items centrés sur le travail de réflexion (ex : « prise de conscience » ; « travail sur les représentations »).

Tableau 35 – Ressources générales

CATEGORIE DE RESSOURCES	ITEMS
Ressources propres aux SSTI (53 occurrences)	<i>Formation des professionnels en SST</i> <i>Spécialistes intégrés en SST</i> <i>Pluridisciplinarité</i>

	<i>Suivi psychologique individuel</i> <i>Groupe de travail addiction</i> <i>Travailler sur le lien addiction-RPS</i> <i>Questions pendant VM</i> <i>Aide à l'auto-évaluation</i> <i>AMT⁴³</i> <i>RPIB</i> <i>Traitement individuel</i> <i>Actions pluridisciplinaires</i> <i>Implication de l'ensemble du service</i> <i>Intégrer les addictions dans la détection des RP</i> <i>Prévention primaire</i> <i>Prévention individuelle</i> <i>Sensibiliser les médecins</i> <i>VIP⁴⁴</i> <i>Pluridisciplinarité interne</i> <i>Entretien motivationnel</i> <i>Identification des conduites à risque</i> <i>EVREST</i> <i>Possibilité d'alerte</i>
--	---

Les ressources identifiées comme étant propres aux SSTI concernent principalement la pluridisciplinarité (ex : « pluridisciplinarité interne » ; « pluridisciplinarité » ; « actions pluridisciplinaires », les actions préventives individuelles (ex : « prévention individuelle ; « suivi psychologique individuel » ; « Questions pendant VM ») ou collectives (ex : « groupe de travail addictions » ; « AMT »). Enfin, nous observons l'identification de nombreux outils servant à la prévention (ex : « RPIB » ; « EVREST » ; « entretien motivationnel »).

Tableau 36 – Ressources externes aux SSTI

CATEGORIE DE RESSOURCES	ITEMS
Ressources externes aux SSTI (13 occurrences)	<i>Partenariats extérieurs</i> <i>Travail en réseau</i> <i>Présentation des structures de prise en charge</i> <i>Pluridisciplinarité externe</i>

⁴³ Actions en Milieu de Travail

⁴⁴ Visite d'Information et de prévention

	Accessibilité des structures de PEC
--	-------------------------------------

Les ressources externes aux SSTI sont majoritairement collectives et concernent la mise en relation entre SSTI et structures de prise en charge.

Tableau 37 – Ressources réglementaires

CATEGORIE DE RESSOURCES	ITEMS
Ressources réglementaires (9 occurrences)	<i>Réglementation</i> <i>Règlement intérieur</i> <i>Cadre légal</i> <i>Législation concrète</i> <i>Code du travail</i> <i>Outils réglementaires</i>

Enfin, nous retrouvons ici les outils juridiques et législatifs généraux (ex : « outils réglementaire » ; « cadre légal ») et spécifiques au milieu du travail (ex : « code du travail » ; « règlement intérieur »).

2.4.4.2 Freins au développement de la prévention des conduites addictives

Nous avons procédé au même type de traitement pour classer les éléments de réponse concernant les freins identifiés par les répondants. Sept types de freins ont ainsi été identifiés :

- (1) **Les freins réglementaires** qui regroupent les éléments législatifs ou en lien avec le code du travail ;
- (2) **Les freins propres aux SSTI** concernent directement les acteurs de la santé au travail, le travail pluridisciplinaire et la prise en charge des salariés ;
- (3) **Les freins en lien direct avec les entreprises** regroupent quant à eux les éléments ou acteurs du monde de l'entreprise pouvant être un frein dans la prévention ;
- (4) **Les freins externes aux SSTI** rassemblent les éléments bloquants extérieurs aux services ;

- (5) **Les freins culturels et sociétaux** listent les contraintes en lien avec les représentations culturelles de la consommation de substances et les effets produits d'un point de vue sociétal ;
- (6) **Les freins économiques** identifient les difficultés liés aux aspects financiers ;
- (7) **Les freins généraux** rassemblent les termes génériques pouvant être rattachés à la fois aux entreprises et aux SSTI.

Tout comme les éléments de réponse concernant les ressources, 222 réponses ont été recueillies et classées en vue d'une catégorisation lexicale. A titre informatif, les réponses des participants pouvaient contenir plusieurs propositions. Le nombre d'occurrences pour chaque catégorie peut donc être supérieur au nombre de réponses recueillies.

Les tableaux suivants présentent les types de freins, leur occurrence ainsi que les items associés :

Tableau 38 – Ressources réglementaires

CATEGORIE DE FREINS	ITEMS
<p align="center">Freins culturels et sociétaux (104 occurrences)</p>	<p><i>Sujet tabou</i></p> <p><i>Déni</i></p> <p><i>Banalisation</i></p> <p><i>Individualisme</i></p> <p><i>Culture du secret</i></p> <p><i>Craintes</i></p> <p><i>Préjugés</i></p> <p><i>Honte</i></p> <p><i>Jugement</i></p> <p><i>Stigmatisation</i></p> <p><i>Perception erronée de l'origine des usages</i></p> <p><i>Indifférence</i></p> <p><i>Perception négative des consommateurs</i></p> <p><i>Craintes de délation</i></p> <p><i>Manque d'intérêt</i></p> <p><i>Assimilé à une problématique de santé publique</i></p> <p><i>Non-dits</i></p> <p><i>Culture</i></p> <p><i>Sujet sensible</i></p>

	<i>Discrimination</i> <i>Isolement</i> <i>Crainte du jugement</i>
--	---

Les freins et contraintes recueillis ici ne concernent pas uniquement la sphère professionnelle. Ce sont des phénomènes sociaux, sociétaux et culturels pouvant avoir un impact sur le monde du travail (ex : « stigmatisation » ; « jugement » ; « discrimination » ; « préjugés »).

Tableau 39 – Freins en lien direct avec les entreprises

CATEGORIE DE FREINS	ITEMS
Freins en lien direct avec les entreprises (78 occurrences)	<i>Manque d'implication des employeurs</i> <i>Crainte de la perte d'emploi</i> <i>Crainte de sanctions</i> <i>Culture d'entreprise</i> <i>Manque d'implication des salariés</i> <i>Méconnaissances des employeurs</i> <i>Sollicitation uniquement pour prévention tertiaire</i> <i>Manque de sensibilisation des encadrants</i> <i>Méconnaissances des salariés</i> <i>Conditions de travail dégradées</i> <i>Difficultés managériales</i> <i>Habitudes de consommation au travail</i> <i>Minimisation des employeurs</i> <i>Manque de dialogue de la part des managers</i> <i>Consommation dans la hiérarchie</i> <i>Répercussions sur le poste de travail</i> <i>Manque de temps des entreprises</i> <i>Les salariés</i> <i>Déni de la direction</i> <i>Crainte des dénonciations</i> <i>Tolérance des employeurs</i> <i>Manque de sensibilisation des employeurs</i> <i>Sanctions</i> <i>Organisation du travail</i> <i>Manque d'intérêt des entreprises</i> <i>Disponibilité des salariés</i> <i>Intervention dans les TPE difficiles</i> <i>Précarisation du travail</i>

Nous retrouvons ici des éléments organisationnels (ex : « organisation du travail » ; « manque de temps des entreprises » ; « disponibilité des salariés »), sociaux et communicationnels (ex : « manque de dialogue de la part des managers » ; « déni de la direction »). La question du « manque » à divers niveaux est également soulignée (ex : « manque d'implication des salariés » ; « manque d'implication des employeurs » ; « manque de sensibilisation des employeurs »).

Tableau 40 – Freins généraux

CATEGORIE DE FREINS	ITEMS
Freins généraux (61 occurrences)	<i>Méconnaissance</i> <i>Renvoi de la responsabilité à l'individu</i> <i>Problème de communication</i> <i>Méconnaissance des risques</i> <i>Manque de confiance</i> <i>Productivité</i> <i>Manque d'information</i> <i>Méconnaissance des solutions</i> <i>d'accompagnement</i> <i>Manque d'implication</i> <i>Manque de cohérence en équipe</i> <i>Prise en charge difficile</i> <i>Manque de temps</i> <i>Chronophage</i>

Les éléments identifiés au sein de ce tableau semblent concerner à la fois le monde de l'entreprise et celui des SSTI. On retrouve alors des aspects liés à la communication (ex : « manque d'information » ; « problème de communication » ; « manque de cohérence en équipe »), mais aussi des items d'ordre organisationnel (ex : « manque de temps » ; « chronophage »).

Tableau 41 – Freins propres aux SSTI

CATEGORIE DE FREINS	ITEMS
Freins propres aux SSTI (51 occurrences)	<i>Manque de formation du personnel de SST</i> <i>Manque d'intérêt interne au SST</i> <i>Manque de procédures et d'outils</i> <i>Pas la priorité du service</i> <i>Manque de suivi</i> <i>Manque de dialogue interne en SST</i> <i>Politique de prévention</i> <i>Pression au rendement des visites médicales</i> <i>Confusion entre médecine préventive et médecine de contrôle</i> <i>Problématique liée à l'aptitude</i> <i>Sentiment d'impuissances des médecins</i> <i>Difficulté à joindre les centres d'aide</i> <i>Pas de référents dans les services</i> <i>Méfiance des médecins</i> <i>Les médecins</i> <i>Manque de temps pour les médecins</i>

Concernant les contraintes identifiées comme propres aux SSTI, nous retrouvons de nouveau la question du « manque » (ex : « manque de formation du personnel de SST » ; « manque d'intérêt interne au SST »). Ces lacunes sont relatives aux domaines de la formation, des outils, des aspects organisationnels (ex : « manque de suivi » ; « manque de dialogue interne en SST »).

Tableau 42 – Autres types de freins

CATEGORIE DE FREINS	ITEMS
Freins externes aux SSTI (14 occurrences)	<i>Sphère extraprofessionnelle</i> <i>Manque de dialogue externe en SST</i> <i>Déni des personnes concernées</i> <i>Interaction avec les facteurs individuels</i>
Freins économiques (9 occurrences)	<i>Manque de moyens financiers</i> <i>Le coût</i>
Freins réglementaires (4 occurrences)	<i>Flou juridique</i> <i>Méconnaissance de la réglementation</i>

Enfin, ces trois catégories de contraintes et freins regroupent les aspects externes aux SSTI, les freins économiques et réglementaires. Nous retrouvons ainsi des facteurs individuels extraprofessionnels (ex : « déni des personnes concernées » ; « interaction avec les facteurs individuels »), les aspects financiers généraux (ex : « le coût », « manque de moyens financiers »), législatifs dont le manque de clarté d'un point de vue réglementaire (ex : « flou juridique ») et le manque de connaissances liées à la réglementation.

Synthèse

Cette partie de notre outil centrée sur l'identification des préconisations, des actions menées, des ressources et des contraintes liées à la prévention des CA en milieu de travail rend compte de la richesse dans laquelle s'inscrit notre travail de recherche. En effet, les nombreuses réponses recueillies témoignent d'une diversité de milieux d'action et de la pluralité des interventions possibles. Inscrites dans différents domaines (formation, actions en entreprise, prise en charge...), nous observons que les acteurs dévoilent des connaissances pratiques liées à leur expérience. Ces actions ont pu être identifiées sur différents niveaux de prévention. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les exemples d'actions identifiés hors des SSTI relèvent principalement de la prévention tertiaire. A l'inverse, les exemples d'actions proposées en milieu de travail ou au sein des SSTI sont établis en prévention primaire et secondaire.

Nous retiendrons également le fait que la pluridisciplinarité interne et externe au service est globalement considérée comme importante pour l'ensemble des répondants. Les tests statistiques effectués permettent de montrer qu'il n'existe pas d'effet d'influence de la profession sur le degré d'importance perçue. Cependant, nous avons pu observer une corrélation entre les scores obtenus pour les deux types de pluridisciplinarité.

Enfin, concernant l'identification des leviers, nous observons que certaines ressources sont partagées avec des exemples d'actions de prévention. La majorité de ces ressources est d'ailleurs identifiée au sein des entreprises. Les freins et contraintes sont quant à eux principalement culturels et sociétaux. Nous retrouvons également des éléments liés aux aspects organisationnels et communicationnels des entreprises et services de santé.

2.5 Aspect épistémologique

2.5.1 Traitement des données

Enfin, la dernière partie de notre outil était centrée sur un apport épistémologique. Sur la base des constats établis au sein de notre partie théorique, nous avons observé une difficulté dans la différenciation entre les différents termes relatifs au champ lexical de l'addictologie. Travailler sur l'identification des représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail au sujet de conduites addictives impliquait également de pouvoir travailler sur leur définition de cet objet et de sa distinction avec d'autres termes du même champ. Ainsi, cette dernière section était divisée en deux parties (quantitative et qualitative) :

- Identifier si les répondants distinguent les termes « addiction » et « conduite addictive » (question fermée) ;
- Si oui, expliquer cette distinction (question ouverte).

Concernant les données quantitatives, nous avons réalisé une analyse descriptive en pourcentages. Quant aux données qualitatives, nous avons procédé de la même manière que pour le questionnaire de caractérisation et la partie centrée sur les préconisations. Les données ont ainsi été groupées afin de procéder à une catégorisation lexicale.

2.5.2 Résultats

222 participants ont répondu à la question :

« Faites-vous une différence entre les termes "Addiction" et "Conduite Addictive" ? (il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse) ».

65.32% des répondants considèrent qu'il existe une différence entre les deux termes. Parmi eux, l'on compte :

- 60.78% des IPRP ;
- 71.12% des infirmiers de santé au travail ;
- 60.23% des médecins du travail.

Nous souhaitons donc obtenir des informations sur la composition de cette distinction grâce à une question ouverte. Les propositions ont été recueillies sur la

base des données disponibles dans le tableau de recueil des données globales (cf. Annexe 12). Au sein du tableau suivant, nous avons regroupé l'ensemble des items proposés par les participants ainsi que leur nombre d'occurrences.

Tableau 43 – Différences entre conduites addictives et addiction

ITEMS ET OCCURRENCES	
CONDUITE ADDICTIVE (39 items / 144 occurrences)	<p><i>Conduite à risque de développer une addiction (32)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Phase préliminaire des addictions (18)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Comportement (13)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Comportement vis-à-vis de la substance (11)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Consommation de SPA sans dépendance (11)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Consommation de substances addictives (6)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Occasionnelle (4)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Englobe les types d'usages et la dépendance (4)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Conduite à risque (4)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Rapport de l'individu face à une SPA ou comportement (3)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Ensemble des addictions avec substances ou addictions comportementales sans substances (3)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Engagement de la personne (2)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Terme générique (2)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Englobe les usages et la dépendance (2)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Action (2)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Mésusage (2)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Conduites (2)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Mode de consommation (2)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Tendance à la compulsion (1)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Possibilité de l'interrompre (1)</i></p>
	<p style="padding-left: 40px;"><i>Conséquence d'un geste de mimétisme (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Chronicité (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Non caractérisée par des critères (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Fait référence aux produits (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Produits et comportements (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Consommation ponctuelle et régulière (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Effets sur l'individu (1)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Aspect comportemental, social et contextuel de l'addiction (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Consommation excessive (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Ponctuel (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Usages sans substances (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Mode de vie (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Contrôle de la consommation (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Mésusage (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Limitée dans le temps (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Addictions comportementales (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Pratique relevant d'une addiction (1)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Emprise avec conséquences (1)</i></p> <p style="padding-left: 60px;"><i>Trouble du comportement (1)</i></p>

<p>ADDICTION (21 items / 117 occurrences)</p>	<p><i>Dépendance (24)</i> <i>Pathologie (17)</i> <i>Dépendance à une ou plusieurs substances (16)</i> <i>Perte de contrôle (14)</i> <i>Problème installé (8)</i> <i>Dépendance aux substances et comportements (6)</i> <i>Centrée sur les produits (6)</i> <i>Chronicité (5)</i> <i>Objets qui rendent addict (4)</i> <i>Caractérisée par des critères médicaux (4)</i> <i>Le « faire » (2)</i></p>	<p><i>Emprise (2)</i> <i>Stade suivant les conduites addictives (1)</i> <i>Trouble cognitivo-comportemental (1)</i> <i>Quotidienne (1)</i> <i>Fait partie des CA (1)</i> <i>Durée (1)</i> <i>Comportement (1)</i> <i>Aspects psychiques (1)</i> <i>Être tributaire d'une habitude (1)</i> <i>Besoin d'être accompagné (1)</i></p>
---	---	---

La lecture de ce tableau nous permet de constater que la catégorie « conduite addictive » regroupe plus de propositions (39) pour 144 occurrences. La catégorie « addiction » est quant à elle composée de 21 items pour un total de 117 occurrences. Les répondants semblent en effet avoir fourni des propositions plus diverses et moins consensuelles pour expliquer ce qui distingue les conduites addictives des addictions. Intéressons-nous à présent au contenu de ces distinctions.

Selon les réponses recueillies, les conduites addictives se rapportent principalement au fait d'adopter des conduites à risque de consommation qui pourraient, à terme, développer une addiction (ex : « conduites à risque de développer une addiction » ; « phase préliminaire des addictions » ; « conduite à risque »). Les participants marquent donc une distinction se référant aux étapes séquentielles de développement de l'addiction. En effet, ces derniers considèrent que l'addiction s'apparente à un état pathologique. Les items les plus cités la concernant (ex : « dépendance » ; « pathologie » ; « perte de contrôle ») témoignent de cette distinction.

Une seconde distinction peut être observée entre les deux termes autour de la notion de substances. En effet, il semblerait que les participants considèrent que la conduite addictive implique la consommation de substances et un comportement spécifique vis-à-vis d'une SPA (ex : « comportement » ; « comportement vis-à-vis de la substance » ; « consommation de SPA sans dépendance »). A l'inverse, l'addiction implique principalement une dépendance aux SPA dont la problématique est ancrée et installée. L'addiction est également considérée comme centrée sur les produits (ex : « dépendance à des substances » ; « centrée sur le produit » ; « problème installé ») alors que la conduite addictive semble impliquer une notion de comportement non présente concernant les addictions.

Enfin, il est intéressant de souligner que nous observons un partage d'items pour les deux termes. En effet, « addiction » et « conduite addictive » partagent les propositions recueillies suivantes :

- Chronicité ;
- Comportement ;
- Emprise.

Il est intéressant de constater que la différenciation de ces deux termes ne semble pas si évidente même si le nombre d'occurrences pour chacun d'eux diffère et que le nombre global d'items partagés reste faible. Rappelons également que 34.68% de notre échantillon global considère qu'il n'existe pas de différence entre les deux termes.

Synthèse

Cette dernière partie de notre outil de recueil visait à répondre aux questionnements issus de notre réflexion autour des définitions théoriques du champ lexical de l'addiction. Nous constatons que la richesse des termes du domaine de l'addictologie implique des perceptions différentes en fonction des acteurs, et également une difficulté à distinguer les différents termes. Si le terme « addiction » paraît être bien inscrit dans le domaine médical en faisant référence à la pathologie et la dépendance, le terme « conduite addictive » semble quant à lui incarner une dimension plus vaste. Néanmoins, les analyses descriptives fournies ici semblent s'accorder sur le fait que les conduites addictives incarnent une étape précédant l'addiction.

3. Discussion

L'objectif de ce premier axe était de développer des connaissances sur les représentations professionnelles autour des pratiques des acteurs de la santé au travail en prévention des conduites addictives. Cet objectif étant inscrit dans le cadre d'une recherche exploratoire, nous tenterons au mieux de faire ressortir les éléments nous paraissant les plus saillants au sein de cette partie. Nous proposons ici de discuter les principaux résultats en suivant la composition de notre outil de recueil.

3.1 Une population hétérogène

Lors du traitement de nos résultats, nous avons remarqué plusieurs éléments témoignant d'une répartition hétérogène des participants. Premièrement, sur le plan géographique, nous constatons une mobilisation supérieure des régions Grand Est, le Centre Val de Loire, l'Auvergne Rhône Alpe et les Hauts de France. Ces dernières représentent plus de 60% de la participation totale. Deuxièmement, nous notons une participation majoritaire des SSTI de grande envergure (plus de 50% de structures de plus de 100 salariés et plus de 10 000 adhérents). Ces éléments peuvent être justifiés au regard du mode de diffusion que nous avons privilégié pour notre outil de

recueil. En effet, nous avons bénéficié de deux moyens de diffusion principaux : l'association « Reliance et Travail » qui recense les psychologues du travail et des organisations exerçant en SSTI et l'Association Française des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail (AFISST). Cette dernière regroupe les IPRP exerçant en SSTI. De ce fait, on peut supposer que les services de santé au travail principalement mobilisés sont ceux ayant une équipe pluridisciplinaire disposant d'un pôle prévention au sein de leur structure composé d'IPRP. Outre ce fait, l'association « Reliance et Travail » a permis une diffusion de notre outil à plusieurs reprises au sein de SSTI ayant des psychologues du travail et des organisations au sein de leur structure, ce qui ne représente pas une obligation réglementaire. On aura donc tendance à penser que les plus grands services de santé au travail sont ceux composés d'un pôle prévention où exercent également des psychologues du travail, ce qui explique leur plus forte mobilisation. Il est nécessaire de reconnaître que ce choix constitue un biais dont le recours fut utile et logique.

Concernant les aspects géographiques, les différences de participation en fonction des régions peuvent également s'expliquer au regard des professionnels membres des associations. D'une part, il est possible que plusieurs préventeurs du même service soient membres de ces dernières, ce qui a pu renforcer la participation de ces SSTI. D'autre part, nous avons eu la possibilité d'avoir des contacts téléphoniques directs et récurrents auprès de représentants de certains SSTI (région Hauts de France et Grand Est). Ces échanges ont potentiellement pu influencer la mobilisation des participants et provoquer un taux d'engagement plus important dans la démarche.

3.2 Une diversité d'approche pour une même thématique

Si l'on s'intéresse aux résultats concernant l'intérêt des participants, leur formation ou encore le temps alloué à la prévention des CA en milieu de travail, nous pouvons observer plusieurs phénomènes :

- (1) Les personnes ayant le plus participé à des formations spécialisées sur la prévention des CA en milieu de travail sont les médecins du travail (72%), suivis des infirmiers de santé au travail (59%). Uniquement 20% des

préventeurs ont déclaré avoir suivi une formation. Ces résultats ont été calculés sur la base des réponses pas profession.

Cette observation souligne un fait intéressant. Les SSTI ont pour mission de développer leur sensibilisation autour de la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Cette mission peut être réalisée sous forme d'action de prévention individuelle dans le cadre des visites médicales réalisées par les médecins et infirmiers de santé au travail, ou collective dans le cadre des campagnes de sensibilisation menées en entreprise par l'équipe pluridisciplinaire. Partant de ce principe, on suppose que les acteurs des SSTI intervenant dans le cadre de ces actions sont formés à la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Or, nos résultats montrent une forte disparité dans la participation aux formations. Deux questionnements nous viennent alors :

- Existe-t-il un socle de connaissances partagé par l'ensemble des acteurs en SSTI participant aux actions de prévention concernant les CA malgré le fait que toute l'équipe pluridisciplinaire n'ait pas suivi de formation spécifique ?
- Quel est le contenu des formations auxquels ces acteurs prennent part ? Sont-elles centrées sur une forme particulière de prévention ? En fonction de leur angle d'approche, les finalités de ces formations peuvent différer.

Nous mettons également en lien ces questionnements avec les moyennes d'intérêt établies pour les salariés ayant suivi les formations. La moyenne globale est de 3.7 dont 3.3 (sur 5) pour les préventeurs. Même si les tests statistiques montrent que les différences entre fonctions ne sont pas significatives, il semble intéressant de souligner que cette différence descriptive peut être due au contenu des formations suivies et leur pertinence en fonction des acteurs y assistant. En effet, si le contenu des formations est principalement centré sur les méthodes de repérage et de prise en charge individuelle, l'intérêt des préventeurs pourrait en être impacté.

(2) Les analyses statistiques établies montrent une corrélation entre le poste occupé et l'intérêt vis-à-vis de la thématique. La différence significative est

particulièrement observable entre les préventeurs et les infirmiers de santé au travail.

D'une part, ce phénomène peut éventuellement s'expliquer par la façon dont les deux professions abordent la prévention des conduites addictives. Comme nous l'avons avancé précédemment, les infirmiers de santé au travail (IDST) ont avant tout une approche préventive (INRS, 2019). Les évolutions du code du travail (Article R. 4623-14) ont donné la possibilité aux IDST de réaliser des entretiens, tâches effectuées auparavant sur décision du médecin du travail. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié. Cependant, en fonction des SSTI, une partie des entretiens infirmiers peuvent être orientés sur les questions de consommation de SPA. Des outils ont ainsi été mis à disposition, afin de conduire ces entretiens dans un but de repérage et de prise en charge (Beck, 2017, p.26). L'approche développée pour les IDST concernant la prévention des conduites addictives est donc principalement centrée sur l'individu. Une enquête menée en 2007 par l'INRS montre d'ailleurs que la majeure partie des IDST en SSTI ont une activité prépondérante de surveillance médicale (convocation, participation et suivi des examens médicaux, accueil, écoute et soin) (INRS, 2007, p.225). Elles sont donc axées sur des tâches évoquant une prise en charge majoritairement individuelle.

A l'inverse, les préventeurs agissent principalement dans une logique de prévention primaire. Ils assurent principalement des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui au médecin du travail et à l'équipe pluridisciplinaire (INRS, 2020). Leurs actions étant essentiellement situées en prévention collective, on suppose que le rapport au public professionnel diffère de ceux des IDST. Il se peut que les deux professions abordent donc différemment la question des consommations de SPA : une approche de prévention et de prise en charge plus individuelle pour les IDST et une approche collective à visée préventive exclusivement primaire chez les préventeurs. Cette différence pourrait être à l'origine de cet écart concernant l'intérêt perçu vis-à-vis de la thématique. L'étude des résultats concernant les représentations professionnelles en fonction des professions nous permettra d'aborder de nouveau ce constat.

D'autre part, on pourrait également supposer que le domaine de prévention des conduites addictives ait longtemps été réservé aux acteurs du domaine médical de la santé au travail (médecins et infirmiers). La volonté de renforcer le rôle des équipes pluridisciplinaire au sein des services de santé a pu contribuer à l'ouverture de certaines thématiques de prévention aux préventeurs (Code du travail, Art. D. 4622-26). La réforme en cours du fonctionnement des services de santé au travail est censée s'inscrire dans l'amélioration de la prévention des risques, en permettant l'élaboration d'un nouveau modèle de coopération entre les différents métiers de prévention. Elle pourrait donc permettre une répartition des rôles plus équitable entre les acteurs des SSTI sur l'ensemble des thématiques de prévention, dont les conduites addictives.

3.3 Une représentation professionnelle des acteurs de SSTI centrée sur l'individu...

Les résultats obtenus concernant les associations libres nous ont montré que la représentation professionnelle globale des acteurs en SSTI est constituée d'un noyau central articulé autour des usages de substances psychoactives, des caractéristiques psychologiques des consommateurs ainsi que des conséquences psychologiques associées. Nous avons donc une composition centrée sur les aspects individuels et notamment sur la sphère psychologique (cf. Figure X)

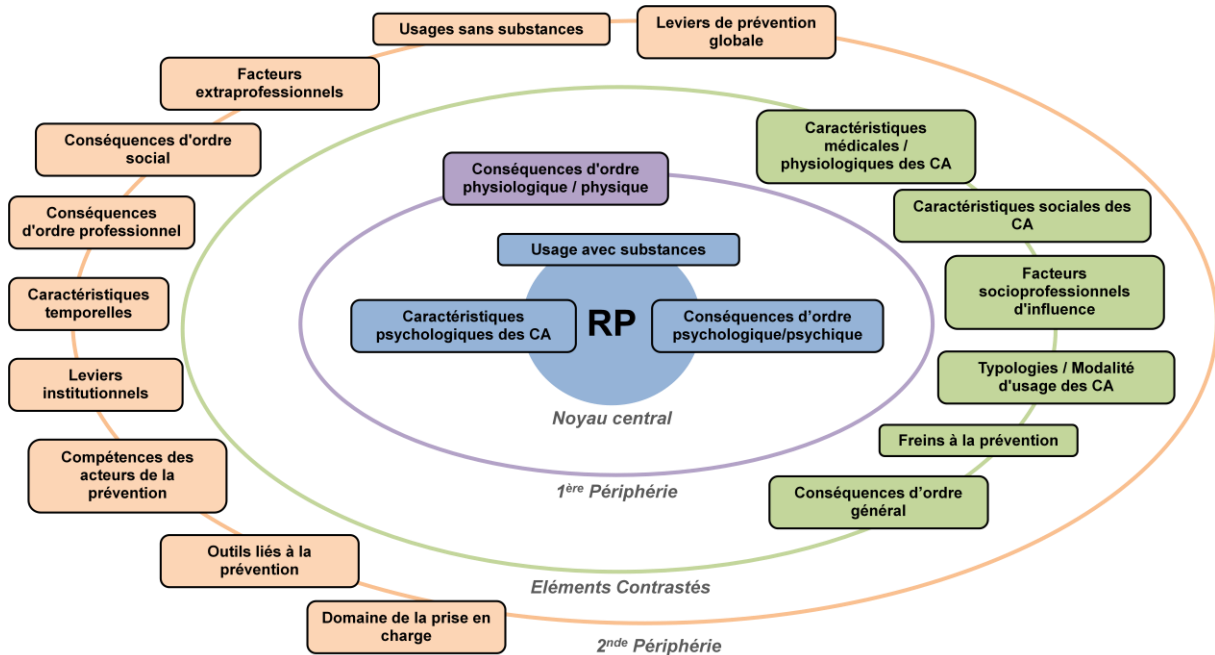


Figure 21 – Représentation professionnelle des conduites addictives de l'échantillon global

Nous pourrions que cette conception du noyau central centré sur l'individu peut être liée à la surreprésentation des médecins du travail au sein de notre enquête. En effet, l'on aurait pu avancer la prégnance d'une conception individuelle de la santé auprès des médecins du travail ou des infirmiers de santé au travail. Cependant, les résultats nous montrent que l'ensemble des catégories évoquées pour le noyau central global se retrouve au sein des différents noyaux centraux des RP en fonction des métiers. Cet aspect nous questionne sur les conceptions adoptées par les acteurs en SSTI au sujet de la santé et de la prévention. Nous pouvons avancer le fait que les missions réalisées par les médecins et infirmiers de santé au travail concernant la prévention des conduites addictives sont principalement situées dans une approche individuelle à travers le suivi médical des salariés, les entretiens infirmiers ou les visites d'informations et de prévention (VIP). Bien que des actions de sensibilisation en entreprise puissent être organisées dans le cadre du travail pluridisciplinaire, la prévention des CA s'articule potentiellement dans un cadre individuel impliquant l'observation de caractéristiques et conséquences psychologiques chez les salariés consommateurs de SPA. Nous nous sommes donc intéressés au rôle des conceptions en matière de « santé individuelle⁴⁵ » (Cornillot, 2009, p.102). Celles-ci peuvent être différentes d'un individu à l'autre et évoluent en fonction des expériences. La complexité associée à la notion de santé évoquée par les travaux de Claudine Herzlich (1969) renforce l'idée qu'il existe de multiples conceptions de la santé individuelle. C'est l'addition de ces conceptions qui forment une conception collective non consensuelle (Kempf, 2019, p.228). La dynamique qui anime le concept de santé à la fois individuelle et collective pourrait donc être à l'origine d'une RP dont le noyau central est centré sur les aspects individuels. Rappelons que le noyau central est un système résistant au changement et peu influencé par les contextes immédiats (Abric, 1994b, p.80). Il est notamment lié à la mémoire collective et à l'histoire du groupe en question. Les participants à notre enquête semblent donc partager un regard consensuel construit sur la base de conceptions particulièrement liée à la santé individuelle. Ce consensus est caractéristique du noyau central d'une représentation.

Mais alors, pourquoi retrouvons-nous les conséquences psychologiques au sein du noyau central et les conséquences physiques au sein de la première

⁴⁵ La santé individuelle est définie comme : « un état d'équilibre qu'il faut chercher à préserver » (OMS, 1948).

périphérie ? Nous avançons ici l'hypothèse que ces conséquences physiques font partie du domaine de l'observable et répondent ainsi à la fonction de concrétisation du système périphérique (Abric, 1994b, p.25). Cette fonction sert à produire des informations sur le contexte immédiat. Leur observation renverrait ainsi à d'autres éléments constitutifs de la représentation, dont les éléments du noyau central.

Parallèlement à cela, rappelons que les études réalisées sur la relation entre travail et consommation de substances psychoactives (Lutz, 2015 ; Negura, Maranda et Genest, 2011) s'accordent à dire que leur relation est souvent traitée de façon univoque en considérant que les usages de SPA et donc les conséquences et responsabilités associées sont uniquement imputables aux consommateurs. Cette conception peut être rapprochée du biais cognitif introduit comme « erreur fondamentale d'attribution » (Ross et al., 1977). Ce dernier est défini comme la tendance générale des individus à sous-évaluer les causes externes (situations, événements extérieurs, autrui) au profit des causes personnelles (dispositions personnelles, traits de personnalité, intentions...) qui sont surestimées. Cette conception revient à attribuer systématiquement à l'individu la responsabilité de sa conduite. De la même façon, la tendance à externaliser les coûts et conséquences négatives du travail pour la santé contribue largement à cette idéologie selon laquelle ce sont les travailleurs qui sont « malades », et non l'entreprise (Baril-Gingras, 2013, p.29). Cette dernière inscrit donc une nécessité de soin des salariés sans remettre en question la source des différents impacts. En ce sens, la dyade « travail et usages de SPA » ne peut être considérée que sous l'angle de « l'employé problème » (Maranda & Morissette, 2004, p.156) que nous évoquons au sein de notre partie théorique. Dans ce cas de figure, il est fort probable que les représentations professionnelles alimentent cette idéologie univoque et centrée sur l'individu concernant les conduites addictives. Les résultats obtenus dans le cadre de notre travail s'orientent vers cette logique.

3.4 ...et potentiellement en transition

L'observation des catégories présentes au sein de la seconde périphérie est également porteuse de questionnements. En effet, nous y retrouvons l'ensemble des éléments relatifs à la prévention ainsi que les facteurs extraprofessionnels en lien avec les conduites addictives. A titre de rappel, cette partie de la représentation

regroupe les éléments secondaires peu présents et peu importants. Les éléments qui la composent font office de « tampon » entre la réalité extérieure et la représentation. Cette zone est active lorsque l'individu ou la population concernée est confrontée à des événements qui viennent contredire son système de représentation (Dernat & Siméone, 2014, p.22). Dans cette dynamique, les éléments périphériques se déforment (Abric, 1994b, p.25) sans que cela affecte le contenu global ou le noyau de la représentation en question. Les éléments relatifs à la prévention (leviers de prévention globale, institutionnels, compétences des acteurs, domaine de la prise en charge, freins et outils) seraient donc ceux les plus soumis aux changements et aux variations. Dans ce cas de figure, cela signifie que les éléments qui composent les différents champs sont amenés à évoluer. A titre d'exemple, les freins à la prévention peuvent être diminués ou augmentés via la réforme de santé au travail, de nouveaux outils de prise en charge peuvent être développés... Cette instabilité liée aux réalités institutionnelles, sociales ou politiques peut être source de changements dans les représentations.

La prévention des conduites addictives en milieu professionnel étant aujourd'hui un enjeu de santé particulièrement prégnant dû aux mutations du travail et au contexte sanitaire (MILDECA, 2020), il semble pertinent d'avancer le fait que les éléments liés à la prévention sont les plus impactés par le réel, les plus changeants, sans que cela influence directement le contenu des représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail. En effet, le processus de transformation d'une représentation ne peut avoir lieu que dans le cadre d'un changement de son noyau central (Abric, 2007). Nos résultats témoignent alors potentiellement d'un processus de transformation dite « progressive » de la représentation. Face à des pratiques nouvelles instituées par la nécessité de développer la prévention, le noyau central pourrait *in fine* être mis en cause et se transformer, générant ainsi une nouvelle forme de représentation. Le caractère progressif est observé lorsque les nouvelles pratiques associées ne sont pas en totales contradictions avec le noyau central de la représentation. Cette situation n'enchaîne donc ni rupture, ni éclatement du noyau central (Abric, 1994a, p. 236).

Enfin, si l'on s'intéresse à présent à la zone des éléments contrastés de la RP des acteurs de la santé au travail, nous constatons que celle-ci est composée des conséquences générales, des caractéristiques physiques et sociales ainsi que des

facteurs socioprofessionnels d'influence de consommation. Cette zone de la RP est constituée des éléments qui sont considérés comme importants pour une partie de l'échantillon. Ainsi, les catégories présentes au sein de la zone des éléments contrastés peuvent avoir deux sources :

(1) Elles sont le fruit d'expériences ponctuelles fortes vécues par une partie de l'échantillon ce qui explique leur rang d'importance élevé et leur fréquence faible ;

(2) Elles sont le signe de l'existence d'un sous groupe minoritaire porteur d'une représentation différente (Pianelli et al., 2010, p.245).

Il est en effet possible que les représentations professionnelles puissent différer en fonction de certaines variables telles que le poste exercé.

3.5 Des représentations professionnelles différentes pour chaque fonction

L'étude des associations libres en fonction des postes occupés nous a permis de constater que l'ensemble des professions (médecins, infirmiers de santé au travail et préventeurs) possède un socle de catégories partagé pour leur noyau central. On retrouve en effet la présence des usages avec substances, des caractéristiques et des conséquences psychologiques pour ces trois variables. Cette tendance confirme l'approche centrée sur l'individu et l'usage de substances soulignés pour la représentation professionnelle générale des répondants. Cependant, il existe des nuances dans la composition des différents noyaux centraux. Nous avons observé plusieurs phénomènes :

(1) Il existe différentes composition au niveau des noyaux centraux, les représentations professionnelles se différencient en fonction des professions.

Les résultats observés montrent que même si les noyaux centraux des représentations professionnelles des différentes professions s'articulent autour de trois catégories communes, d'autres éléments marquent une différence au sein de leur composition (cf. Tableau 24). Les travaux d'Abrieu (2007) sur les représentations sociales ont montré que pour que deux représentations soient différentes, ces

dernières doivent être organisées autour de deux noyaux centraux différents. Nous considérons donc que les représentations professionnelles des médecins, infirmiers de santé au travail et des préventeurs se distinguent les unes des autres.

(2) La catégorie « leviers de prévention globale » est partagée par les noyaux centraux des médecins du travail et des préventeurs ;

Cette catégorie se compose des termes appartenant au champ lexical de la prévention globale. Il est intéressant de noter que même si cette catégorie est présente dans les noyaux centraux des médecins du travail et des préventeurs, et bien que les médecins du travail aient été plus nombreux à participer à notre recueil de données, le champ de la prévention n'intègre pourtant pas la composition du noyau central de la représentation professionnelle générale. Notons que cette catégorie se retrouve au sein de la seconde périphérie chez les infirmiers de santé au travail. Une majeure partie d'entre eux considère donc que le champ de la prévention est peu représentatif et peu important au sein de leur représentation professionnelle des conduites addictives. Cet élément peut être la raison pour laquelle nous ne le retrouvons pas dans le noyau central de la RP globale des acteurs en SSTI. Le fait que les médecins du travail intègrent le champ de la prévention au sein de leur noyau central peut également être justifié par l'ancienneté de leur profession au sein des SSTI. En effet, cette profession constitue le point d'ancrage du développement de la santé au travail en France. Les différentes évolutions liées aux projets de lois et décrets du dernier siècle ont certes amené l'implication d'autres acteurs de la santé au travail, mais le point névralgique reste articulé autour du rôle des médecins. On peut alors supposer que les questions de prévention sont plus naturellement intégrées par ces derniers du fait de l'ancienneté de la profession.

(3) Les préventeurs ont un noyau central également constitué des autres types de conséquences (générales, physique et sociales).

Il est également intéressant de souligner que les préventeurs semblent intégrer une vision plus large des conséquences des conduites addictives au sein de leur représentation. Rappelons ici que l'apparition des IPRP en services de santé est

le fruit de la mise en application de la loi de modernisation sociale (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002), actualisé par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à la réforme de la médecine du travail. Leur rôle est exclusivement centré sur la prévention, la préservation et le maintien de la santé et de la sécurité des travailleurs ou encore l'amélioration des conditions de travail (INRS, 2020). Le fait d'avoir des missions spécialisées sur le diagnostic et la prévention des risques joue probablement un rôle important dans la composition de leur représentation. On suppose alors que les pratiques professionnelles peuvent influencer les représentations de chaque poste. Nous y reviendrons.

- (4)** Les infirmiers de santé au travail ont une seconde périphérie très diversifiée, un noyau central composé de trois catégories et aucun élément n'est situé au sein de la première périphérie.

Le fait que le noyau central des RP des infirmiers de santé au travail ne soit composé que de trois catégories en fait le noyau central le moins fourni. Nous constatons également au sein de cette RP qu'il n'existe pas d'élément en première périphérie. Cela peut signifier que la zone du noyau central est très influente et ancrée auprès de ces participants. La RP des conduites addictives des infirmiers au travail est donc principalement articulée autour des mêmes éléments que la représentation professionnelle globale : usages avec substances, conséquences et caractéristiques psychologiques. L'influence des pratiques professionnelles peut de nouveau constituer un élément de justification de ce phénomène. Ce point central sera discuté plus en aval de notre discussion.

- (5)** La catégorie « facteurs extraprofessionnels » est souvent située en 2^{nde} périphérie, mais les résultats du questionnaire de caractérisation montrent que les participants leur accordent une importance particulière dans la consommation de SPA.

Cette observation semble être pour nous un des éléments les plus questionnant. En effet, cette catégorie est composée des éléments généraux d'influence non situés explicitement dans la sphère professionnelle. Nous remarquons qu'elle apparaît régulièrement au sein des secondes périphéries des

différentes représentations. Pour rappel, cela indique que les participants leur accordent peu d'importance dans la constitution de la RP des conduites addictives. Néanmoins, les résultats concernant le questionnaire de caractérisation montrent que l'ensemble des professions considère que les facteurs extra-professionnels à forte charge émotionnelle ont une place importante dans l'influence à la consommation de substances psychoactives. Il existe donc une forme de dissonance entre les représentations professionnelles des conduites addictives qui n'incluent pas directement ces facteurs dans leur constitution et la perception de leur influence dans la consommation de substances. Le fait que la représentation professionnelle globale des acteurs de la santé au travail soit basée sur une approche centrée sur l'individu en termes de caractéristiques et de conséquences psychologiques peut permettre d'expliquer cette dissonance.

En effet, nous notons une prédominance d'éléments endogènes au sein des noyaux centraux des représentations (conséquences psychologiques, caractéristiques psychologiques des consommateurs). A l'inverse, les facteurs socioprofessionnels d'influence sont plutôt situés au sein des zones d'éléments contrastés ou des secondes périphéries des représentations. Cette importance donnée aux aspects individuels se retrouve donc au sein du questionnaire de caractérisation. Effectivement, ce dernier ne proposait qu'un seul facteur d'influence relatif aux aspects individuels différenciés du monde du travail. Le fait d'avoir proposé l'appellation : « facteur extraprofessionnel à forte charge émotionnelle » peut avoir eu l'effet d'une heuristique de disponibilité⁴⁶ (Martinez, 2010, p.22) ou d'un biais de confirmation (Arnaud et Mellet, 2019, p.29) chez les participants. Ces derniers auraient donc privilégié la seule proposition relative à une influence externe au monde du travail afin de respecter la composition de leur représentation où les facteurs socioprofessionnels d'influence sont situés au sein du système périphérique.

Une autre raison permet également de justifier notre réflexion : le fait que les représentations professionnelles ne fonctionnent pas comme un système indépendant. En effet, elles sont incluses dans un cadre social et institutionnel issu des représentations sociales (Piasser et Bataille, 2013, p.6). Il est donc probable que les éléments les constituant soient également influencés par ce dernier. Les

⁴⁶Les individus vont privilégier des exemples facilement récupérables ou disponibles en mémoire pour justifier un phénomène ou une situation (Martinez, 2010, p.22).

recherches que nous avons menées concernant les représentations sociales de la drogue montrent par ailleurs certaines similitudes au niveau de l'analyse thématique des répondants (Dany & Apostolidis, 2002, p. 339 ; Katerelos, 2003, p.89 ; Galand & Salès-Wuillemin, 2009a, p.84). Sans s'être inspirés de ces études pour établir nos résultats, il s'avère que nous partageons plusieurs classifications : dépendance, effets, conséquences, produits... L'objet de prévention que constituent les conduites addictives ne peut ainsi être contenu au seul cadre du travail. L'imbrication des usages dans les sphères privées et professionnelles tend à influencer la constitution des représentations.

3.6 Une prédominance des facteurs sociaux dans l'influence à la consommation

Si l'on s'intéresse à présent aux résultats obtenus dans le cadre de notre questionnaire de caractérisation, nous avons pu observer que les participants considèrent les facteurs sociaux (difficultés relationnelles avec le collectif de travail et la direction) et extraprofessionnels à forte charge émotionnelle comme étant les plus influents dans la consommation de SPA. La mise en relation de ces résultats avec ceux des associations libres suppose que les répondants accordent une importance singulière à des situations complexes impliquant une dyade « environnement social de travail et individu » qui pourront potentiellement influencer la consommation de SPA. Les RP sont quant à elles axées sur les usages de substances et les conséquences psychologiques qui en résultent. On remarque alors que les facteurs organisationnels du travail sont pour la plupart considérés comme moins caractéristiques, voire même « non-choisis » si l'on se réfère à l'interprétation proposée par Vergès⁴⁷ (2001). Nous pouvons supposer une forme de continuité entre les résultats des associations libres et la caractérisation des facteurs d'influence. Les répondants considèrent que ce sont les difficultés relationnelles perçues par les individus qui seront les plus propices à influencer la consommation de SPA. Cet aspect rejoint une conception plus individualiste que collective des influences sur les usages dans le sens où les difficultés liées à des situations sociales sont plus difficilement mesurables que certains aspects organisationnels. L'on fait donc ici appel à la subjectivité et au vécu des individus face à une situation rencontrée. Cette logique peut être mise en lien avec les résultats obtenus dans le

⁴⁷ Les travaux de Vergès considèrent que les items n'ayant été sélectionnés ni comme « saillant » ou « non saillant » sont alors considérés comme « non choisis » par les participants (Vergès, 2001, p.539).

cadre des associations libres où les acteurs des SSTI construisent une représentation centrée sur les usages de substances, les caractéristiques et les conséquences psychologiques des conduites addictives.

Enfin, ces résultats tendent à montrer que cet exercice de mise en lien entre facteurs internes aux organisations de travail et usages de substances a provoqué une forme de réflexion supplémentaire car plus de 60% des répondants considèrent qu'il existe d'autres facteurs d'influence. Rappelons néanmoins que même si l'on observe qu'une partie des réponses obtenues faisaient appel à des facteurs déjà présents dans la liste proposée (facteurs liés à la charge de travail), on retrouve certains éléments propres aux aspects organisationnels du travail (disponibilité des produits, dangerosité du travail). Rappelons cependant que ces éléments ne constituent qu'une minorité des propositions et qu'un peu moins de 40% des participants estiment qu'il n'existe pas plus de facteurs d'influence que ceux proposés dans notre liste de caractérisation.

Le fait de constater que les différents acteurs en SSTI possèdent une représentation professionnelle et des caractérisations de facteurs d'influence qui leur sont propres nous poussent à investiguer de nouveau la question du lien entre représentation et pratique professionnelle.

3.7 Un lien fort supposé entre représentation, pratique professionnelle et cadre institutionnel

Comme nous l'avons mis en avant au sein de notre partie théorique, les représentations et pratiques professionnelles sont interdépendantes et s'influencent mutuellement (Habermas, 1987, p.189). Face aux résultats obtenus, nous nous questionnons sur la façon dont celles-ci s'influencent. Les études menées sur ce sujet tendent à démontrer que les représentations professionnelles constituent un socle de référence servant à guider l'action (Blin, 1997, p.143). En plus de ce lien avec les représentations, les pratiques professionnelles peuvent également être soumises à un système d'emprise qui s'apparente à une forme de pression sociale ou institutionnelle. En fonction de l'intensité de cette emprise, les pratiques professionnelles seront plus ou moins influencées par les représentations. Par exemple : plus l'autonomie au sein d'un groupe professionnel est élevée, plus la pratique sera influencée par les représentations. A l'inverse, plus la pression à la conformité est inscrite dans le cadre organisationnel, moins la pratique sera

influencée par la représentation (Blin, 1997, p.165). En quoi les pratiques professionnelles influencent les représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail ? Et inversement, les pratiques professionnelles peuvent-elles être à source ou changements des représentations ? Dans ces travaux, Abric considère que : « *ce sont bien les pratiques qui créent les représentations et non l'inverse* » (Abric, 1994a, p. 219). Nous considérons néanmoins que leur relation semble plus nuancée et complexe.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous continuerons de nous appuyer sur les travaux de Blin (1997) en appliquant les concepts élaborés à nos résultats. Ainsi, il est d'abord nécessaire de comprendre que les représentations ne s'articulent que dans un système : « *reconstruit par des acteurs dans le jeu de leurs interactions et qui signifient la pratique professionnelle comme le lieu d'articulation de deux systèmes d'activité* » (Blin, 1997, p.145). On souligne ici la logique selon laquelle la représentation est tributaire de la perception du monde dans lequel vivent les individus. Les représentations qui en découlent influencent plus ou moins les pratiques professionnelles. Ces pratiques s'articuleront sous forme de deux activités :

- Une activité instrumentale ou stratégique qui va mettre en lien les objectifs à atteindre et les moyens techniques et organisationnels alloués ;
- Une activité communicationnelle qui construit l'interaction entre les individus d'un même champ professionnel via les pratiques langagières.

Si l'on s'intéresse à la pratique professionnelle comme activité instrumentale, on considère alors que les objectifs principaux des acteurs en SSTI sont articulés autour de quatre grandes missions (Presance, s.d) :

- L'action de santé au travail en entreprise ;
- La surveillance de l'état de santé ;
- Le conseil aux employeurs et salariés ;
- La traçabilité et veille sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs, les pratiques professionnelles vont s'inscrire dans un cadre qui va définir leur marge de manœuvre et de ce fait, leur influence sur les représentations (Blin, 1997, p.146). On distingue alors deux types de pratiques.

Avant d'expliciter leur contenu, nous les avons représentées schématiquement (Figure X).

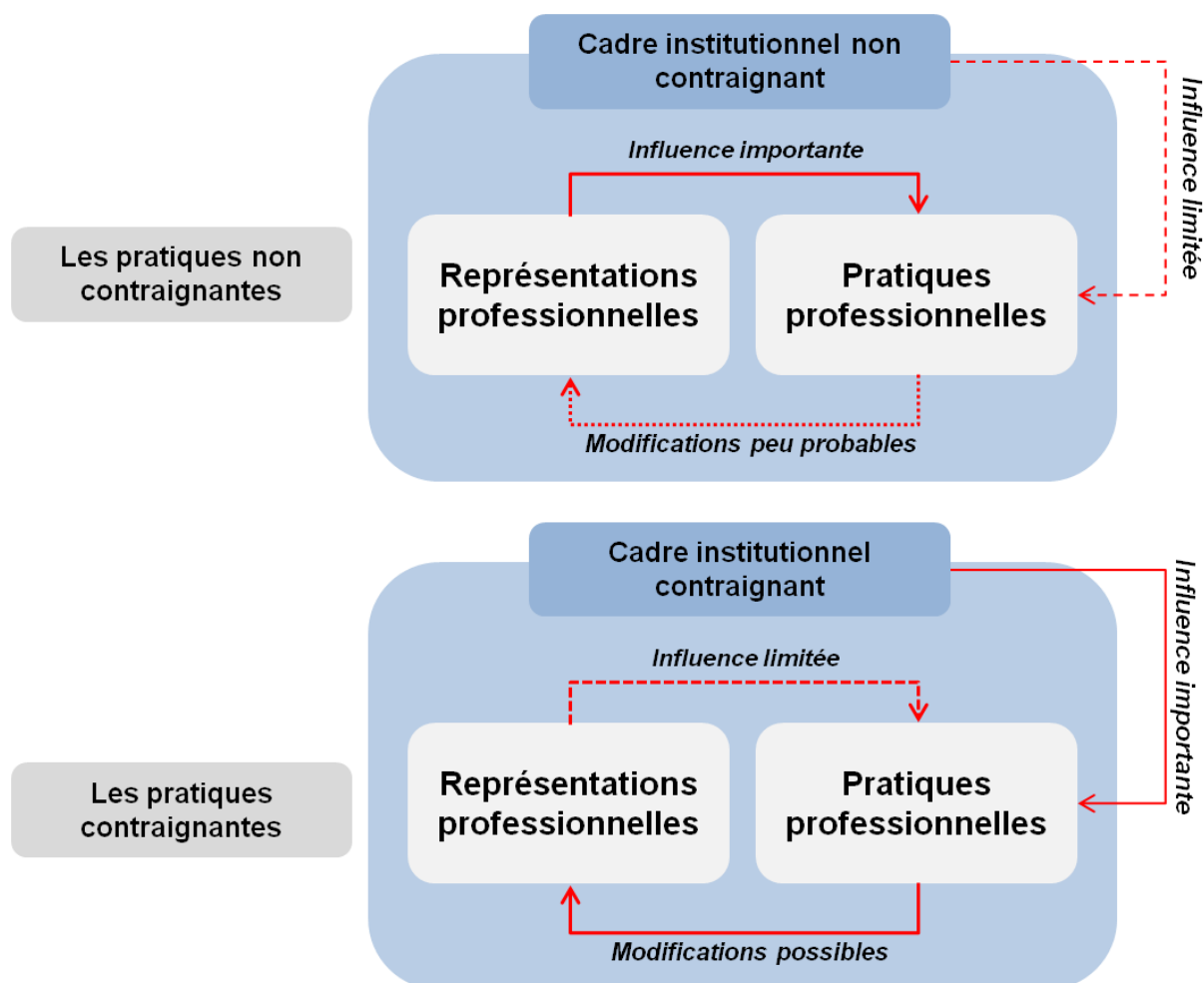


Figure 22 – Illustration des pratiques contraignantes et non contraignantes d'après Blin (1997, p.146).

(1) Les pratiques non contraignantes

Ces pratiques s'inscrivent dans un cadre où le système d'emprise (groupal ou institutionnel) est considéré comme faible. Les individus évoluent dans un milieu où les contraintes identifiées n'influencent pas systématiquement leur choix. Dans ce cadre, les pratiques sont principalement influencées par les éléments des représentations professionnelles. Elles auront d'ailleurs tendance à avoir un rôle prédominant dans le cadre de situations complexes où les connaissances de référence des acteurs ne sont pas appropriées.

Considérons ici que les SSTI et les différentes instances incarnant le système de prévention français comme cadre institutionnel dont l'emprise est perçue comme faible. Dans ce cas de figure, nous avançons le fait que les représentations

professionnelles des acteurs de SSTI seront ici un facteur d'influence des pratiques. Ainsi, si l'on réfère aux résultats obtenus, les RP seront à l'origine de pratiques fondées sur une approche individuelle, axée sur les usages de substances et les conséquences psychologiques en résultant. Les contraintes identifiées (culturelles, sociales, institutionnelles, internes au SSTI...) auront tendance à renforcer la représentation plus qu'à la transformer. Les pratiques professionnelles n'auront donc ici que peu d'influence sur la modulation des représentations.

(2) Les pratiques contraignantes (ou prescrites)

A l'inverse des pratiques non contraignantes, celles-ci résultent d'un système d'emprise fort et ancré chez les individus. Dans ce cadre, les situations rencontrées et les décisions qui en résultent sont considérées comme réversibles. Les pratiques professionnelles seront plutôt définies par le cadre institutionnel prescriptif et auront également peu d'influence sur les représentations. Les situations complexes ou nouvelles seront ici absorbées par le système périphérique des représentations, créant de nouveaux éléments qui graviteront autour du noyau central.

Ainsi, si l'on considère ici que le cadre institutionnel avance une logique de prévention centrée sur la gestion des risques liés aux usages de substances et la prise en charge de problématiques individuelles, cela pourrait permettre d'expliquer en partie les résultats obtenus concernant la structure des RP des répondants. Les changements successifs concernant les politiques de prévention peuvent d'ailleurs expliquer la présence des éléments relatifs à la prévention au sein du système périphérique plutôt qu'au sein du noyau central. Ces politiques, rendant la prévention et les éléments s'y rattachant changeants, empêchent les acteurs des SSTI de l'inscrire au sein de leur noyau central car on le rappelle : le noyau central est une entité stable, résistante au changement.

Contrairement aux autres champs d'activité, le milieu professionnel est sujet aux campagnes d'informations et à une forme de communication persuasive dans une logique de consensus (Blin, 1997, p.146). Le milieu de la santé au travail ne semble pas échapper à cette règle. Les politiques en matière de santé au travail ont fait l'objet de nombreuses évolutions depuis le début des années 70 (Marichalar, 2010, p.27), changeant ainsi régulièrement les axes principaux d'intervention (exemple : réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles,

maintien dans l'emploi...). L'inclusion de la prévention collective liée aux usages de substances en milieu de travail reste encore récente (MILDECA, 2020 ; Proposition de loi n° 3718 pour renforcer la prévention en santé au travail). De ce fait, adopter une approche de prévention collective des usages de SPA en les mettant en lien avec les facteurs d'une organisation de travail semble aujourd'hui constituer un nouvel enjeu pour les institutions de santé publique et au travail. Pour autant, la transformation des représentations est un phénomène complexe dépendant de facteurs multiples (contexte, identité, groupe, individu, objet de représentation...), ce qui peut être à l'origine du décalage entre les attentes institutionnelles et les pratiques professionnelles, dépendantes de ces représentations. En effet, les pratiques seront ici peu soumises au contenu des représentations du fait d'un cadre institutionnel fort et directif.

Enfin, ces constats et hypothèses nous questionnent sur les pratiques professionnelles en tant qu'activité communicationnelle. Quels sont les éléments permettant d'expliquer les différences de représentation entre les différentes professions des SSTI ? S'intéresser à la question du consensus entre les acteurs semble être une piste intéressante. On peut définir le consensus comme :

« La volonté d'un individu de s'associer aux autres comme le fait d'approuver leur système de valeur. Le consensus n'est pas une simple adhésion mais un engagement mutuel » (Blin, 1997, p.149).

Le consensus est donc un élément important pour la constitution et le maintien des représentations professionnelles. Cependant, que se passe-t-il lorsqu'une pression extérieure (potentiellement issue du cadre institutionnel) agit sur cette recherche de consensus ? Le groupe se dirige alors vers une forme de participation dite « normalisée » qui aura tendance à baisser le niveau d'implication collective. Dans ce cas de figure, les représentations professionnelles de chaque partie sont préservées et n'ont alors que peu de chances de se transformer (Blin, 1997, p.152). Le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent les acteurs de la santé au travail pourrait donc avoir une influence particulièrement importante dans la distinction des différentes représentations par profession. Il pourrait également jouer un rôle dans la difficulté qu'éprouvent les acteurs des SSTI à distinguer les termes « conduites

addictives » et « addiction ». Bien que cette distinction ait déjà été investiguée du point de vue des « pratiques addictives » (Penneau-Fontbonne et al., 2006 ; Reynaud, 2002 ; Auriacombe et al., 2016), il semblerait qu'un dissensus persiste toujours. Du fait que le consensus soit marqué par un engagement mutuel, il implique un processus d'échange et de discussion. C'est par ce processus que les acteurs aboutissent ou non au partage de leurs valeurs. Cependant, et nous l'avons vu, le temps alloué à la prévention des conduites addictives par les répondants de notre enquête est extrêmement limité (2.16 sur 5). Le manque de temps et d'espace d'échange de pratiques constitue vraisemblablement un frein important, empêchant d'aboutir à un consensus. Pourtant, ces échanges autour des questions épistémologiques s'avèreraient utiles pour guider les pratiques.

3.8 Limites de l'axe I

Notre premier axe de recherche nous a permis de poser un premier regard sur la structure et la composition des représentations professionnelles des acteurs de la santé au travail au sujet des conduites addictives. A travers notre outil de recueil de données, nous avons pu aborder de nombreux aspects en lien avec la prévention dans ce domaine. Cependant, ce travail présente plusieurs limites que nous souhaitons souligner ici.

3.8.1 Limites méthodologiques

Malgré notre volonté de mettre en œuvre des techniques pour limiter la présence de biais qui discréditeraient l'étude, force est de constater que certaines faiblesses relevant de la méthodologie qualitative sont à relever ainsi qu'au niveau du traitement des résultats. Il existe en effet un potentiel biais dans le traitement des associations libres, et particulièrement dans les phases de catégorisation. Bien que nous ayons toujours mis en perspective notre méthode de traitement auprès du comité de suivi professionnel de notre étude, il sera toujours plausible de reconnaître que les différentes catégories émergentes de notre analyse pourront être remises en question par un œil extérieur. Nous avons pris l'initiative de favoriser l'homogénéité dans cette phase de catégorisation.

La méthodologie que nous avons décidé d'appliquer à l'étude des représentations aurait d'ailleurs pu être davantage développée. En effet, il faut rappeler que les deux techniques que nous avons mises en œuvre (associations

libres et caractérisation) ne permettent pas de déterminer formellement les éléments du noyau central mais seulement un repérage et une organisation. Il faudrait pour cela compléter l'analyse avec le modèle des schèmes cognitifs de base⁴⁸ (SCB) (Stewart & Fraïssé, 2009, p.100), la technique de mise en cause⁴⁹ (MEC) (Baggio & Renaud, 2015, p.34) ou un test d'indépendance au contexte⁵⁰ (TIC) (Lo-Monaco et al., 2008, p.120). Pour autant, l'usage d'une pluri-méthodologie permet tout de même de déterminer globalement la structure de la représentation et de s'approcher de la structuration du système central (Apostolidis, 2003).

Dans le traitement de nos résultats, nous avons observé une hétérogénéité à la fois dans la répartition des participants par région et dans les différents postes occupés. En effet, certaines régions de la France métropolitaine sont sous-représentées ce qui ne nous a pas permis de réaliser une analyse détaillée des résultats en fonction des régions. La diffusion de notre recueil de données aurait pu être réalisée via d'autres canaux de communication afin d'assurer une mobilisation peut être plus importante (associations des médecins du travail, instances nationales telles que la SFA ou la SFMT...). Nous avons également relevé une surreprésentation des médecins du travail dans le traitement de nos données. La pondération des résultats aurait pu permettre une meilleure significativité des faits établis. Cependant, nous avons privilégié une représentativité des résultats afin de constater l'implication des différents acteurs de SSTI au sein de notre étude.

Une autre limite est à souligner du point de vue du taux de participation à notre outil de recueil. En effet, l'échantillon visé était de 370 participants. Malheureusement, du fait de la crise sanitaire et de son impact sur les organisations du travail, et particulièrement dans le milieu de la santé au travail, nous avons été contraints de clôturer ce dernier sans avoir eu la possibilité d'atteindre l'effectif souhaité, fixant notre recueil finalisé à 304 répondants.

3.8.2 Limites organisationnelles

⁴⁸ Méthode permettant de mettre en lumière les relations entre les éléments d'une représentation sociale et l'objet de représentation. (Salès-Wuillemin et al., 2004, p.49)

⁴⁹ Technique permettant de déterminer si la présence d'un élément au sein d'une représentation est irréversible ou non (Baggio & Renaud, 2015, p.34).

⁵⁰ Test permettant de vérifier la fiabilité de la structure de la représentation (Lo-Monaco et al., 2008, p.120).

Nous évoquerons ici les limites rencontrées sur le plan organisationnel. Nous avons avancé l'idée selon laquelle il existe des représentations professionnelles différentes en fonction des professions. Au regard des critères de classement que nous avons établis, nous nous demandons si la catégorie des préventeurs aurait pu bénéficier d'un traitement des données plus approfondi. En effet, cette catégorie rassemble un ensemble de professions et de spécialisations bien plus important que celles des médecins du travail et des infirmiers de santé au travail. On peut retrouver des psychologues cliniciens, des psychologues du travail et des organisations, des ergonomes, des techniciens et ingénieurs en prévention de divers types de risques (bruit, chimiques, toxicologiques, TMS...). En fonction des services, il est même possible que des assistants sociaux intègrent les pôles de prévention. La catégorie « préventeur » ou IPRP présente ainsi une diversité de professions dont il est nécessaire de prendre connaissance. Néanmoins, afin de faciliter notre analyse, nous avons fait le choix de la proposer sans sous-catégories. Il serait néanmoins pertinent de développer un nouveau traitement de données basé sur la différenciation des différents métiers présents au sein de cette dernière.

Une seconde limite est à évoquer au niveau de l'organisation des SSTI. En effet, nous savons que ces derniers fonctionnent sur la base de critères établis au niveau réglementaire (décrets, lois, réformes...). Cependant, leur organisation interne peut différer en fonction de divers critères tels que les effectifs, les types de formation suivies ou encore les axes de développement définis dans le projet de service. Il aurait ainsi été pertinent de bénéficier d'informations supplémentaires concernant la composition et l'organisation de services afin d'établir des typologies de réponse plus détaillées dans notre analyse.

Enfin, nous souhaitons souligner le fait que notre recueil s'est intéressé à un phénomène complexe inscrit dans les liens qui unissent santé et travail. En effet, les travaux de Montreuil et al. (2013, p.9) indiquent que ces liens sont établis dans un système complexe impliquant à la fois des enjeux politiques, économiques, sociaux, les contextes organisationnels, les normes sociétales... Nous ne pouvons nier l'influence du cadre dans lequel s'est inscrit notre travail et notre traitement de résultats. Nous avons à ce titre déjà évoqué les différents impacts de ce contexte d'intervention sur les réponses : biais de confirmation, réponse normative, ou encore difficulté à établir la limite entre représentations sociales et professionnelles.

Pour finir, notre étude soulève des questionnements et ouvre des perspectives de recherche. En effet, une étude approfondie des résultats obtenus au regard d'autres notions qui appartiennent à la sphère des représentations pourrait permettre de mieux envisager les liens existants en conduites addictives et acteurs de la santé au travail. La notion de distance à l'objet proposée par Abric (2001, cité dans Dany & Abric, 2007, p.79) pourrait être mobilisée dans le sens où sa mesure permet de positionner le groupe vis-à-vis de l'objet « *dans un ensemble plus ou moins défini de positionnements possibles et de régulations sociales qui s'y rattachent* » (Dany & Abric, 2007, p.79). Pour ce faire, la distance à l'objet est basée sur trois dimensions :

- La connaissance de l'objet qui renvoie à l'identification de ce dernier par le groupe ;
- L'implication du groupe au regard de l'objet s'apparente au rapport que ce dernier entretient avec l'objet et au rôle du groupe vis-à-vis de celui-ci ;
- Le niveau de pratique concerne le type de pratique entretenu avec l'objet.

Dans le cadre du travail que nous avons réalisé, intégrer la notion de distance à l'objet permettrait ainsi de prendre en compte les fonctionnements cognitifs inclus dans le cadre de ces régulations au regard d'un contexte spécifique (Doise, 1986, cité dans Dany & Abric, 2007, p.79). Elle permettrait d'avoir un regard plus complet et global sur le fonctionnement des représentations.

Au-delà de cet aspect, nous avons conscience de la complexité que revêt ce premier axe au regard des objectifs que nous avons définis pour notre travail. Nous considérons que ce premier travail constitue un élément éclairant dans le cadre d'un apport de connaissances en psychologie du travail et des organisations. Nous espérons qu'il constitue une base pouvant générer de nouvelles études plus approfondies sur cette thématique.

Synthèse de l'axe I

L'objectif de cette étude était de **développer des connaissances sur les représentations professionnelles et les pratiques des acteurs de la santé au travail au sujet de la prévention des conduites addictives**. Pour ce faire, nous avons créé un questionnaire divisé en **cinq parties** que nous avons diffusé auprès des SSTI de France métropolitaine. **304 réponses** ont ainsi été recueillies.

L'analyse des données nous a permis de montrer que les représentations professionnelles concernant les CA sont majoritairement **centrées sur une approche individuelle axée sur les caractéristiques et conséquences psychologiques liées à la consommation de substances psychoactives**. Les aspects relatifs à la **prévention sont identifiés dans le système périphérique** des représentations ce qui leur confère potentiellement **un rôle de tampon** entre représentation et réel des situations. Nous remarquons également qu'il existe plusieurs représentations professionnelles en fonction des métiers des acteurs car la composition de leur noyau central est distincte pour chacun d'entre eux. Les résultats de notre questionnaire de caractérisation indiquent que la relation entre usage de substances et conditions de travail reste difficile à établir pour les répondants dans la mesure où ces derniers accordent toujours **une importance particulière aux facteurs extra-professionnels et aux facteurs sociaux**.

Il semblerait que le contenu des représentations et la difficulté d'identifier la dyade « travail et usages de substances » soient potentiellement dus à plusieurs aspects : **un cadre institutionnel fort et changeant, un manque de consensus lié à un défaut d'échanges autour de la thématique donnant lieu à des pratiques professionnelles distinctes en fonction des professions**.

A travers cette première analyse, nous retenons que **la nature de la relation qu'un groupe entretient avec un objet** de représentation constitue un **rôle important pour rendre compte des processus associés à la constitution, au fonctionnement, à la dynamique et à la régulation** de leur action sur le réel. Les aspects environnementaux (institutionnels et culturels) semblent également jouer un rôle prépondérant dans la nature de cette relation.

IV. CHAPITRE IV – Axe II : Développement d’actions de prévention au sein des entreprises adhérentes à SMTVO

Toujours dans cette logique de répondre au mieux aux questionnements issus de notre problématique générale, nous avons développé une approche qualitative pour réaliser le second axe de notre travail. De la même manière que pour le premier axe, nous développerons ici notre méthodologie, les outils établis, les participants mobilisés ainsi que les résultats obtenus.

L’objectif général de ce deuxième axe consiste à participer au développement des actions de prévention concernant les usages de SPA en milieu de travail auprès d’entreprises adhérentes au SMTVO. Cet axe s’est donc nourri de notre expérience en tant que psychologue du travail intervenant pour le SMTVO auprès de ses adhérents.

1. Méthodologie

1.1 Les missions du psychologue du travail et ergonome à SMTVO

Afin de bien comprendre la façon dont s’articule la méthodologie de cet axe, nous proposons ici de reprendre les missions confiées par le SMTVO aux psychologues du travail et ergonomes du service. En effet, notre approche s’est constituée autour des différents axes de notre fiche de poste.

Etant intégrés au pôle technique et organisationnel du SMTVO, il est important de noter que nous étions sur un poste de psychologue du travail et d’ergonome. Notre rôle était donc établi autour de quatre missions principales :

- (1)** L’intervention en entreprise dans un but exclusif de prévention et de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs, et de contribution à l’amélioration des conditions de travail ;
- (2)** La réalisation d’études ergonomiques s’appuyant sur une approche globale et participative, en recherchant la meilleure adaptation possible du travail à l’homme ;
- (3)** L’accompagnement des entreprises dans la prévention des risques psychosociaux au travail ;
- (4)** La contribution à la promotion des prestations du service auprès des adhérents, des salariés, des partenaires extérieurs.

Au sein du SMTVO, le psychologue du travail et ergonome inscrit notamment ses interventions dans le cadre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail. Il définit ainsi les lieux et la durée nécessaire de ses interventions et sa méthode de travail avec le médecin du travail, garant de la cohérence d'ensemble de l'action de l'équipe pluridisciplinaire. Il prend également part à l'élaboration de documents et outils permettant de mener à bien les actions du service auprès des entreprises, et participe aux groupes de travail internes.

Nos missions en tant que doctorant psychologue du travail et ergonome étaient principalement axées sur l'accompagnement des entreprises dans la prévention des RPS, ainsi que l'intervention en milieu de travail dans un but de prévention collective. C'est dans ce cadre que nous avons développé notre approche autour de la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Afin de comprendre le contenu de ces interventions, nous présenterons leur fonctionnement et organisation dans les parties suivantes.

1.1.1 Intervention en prévention des facteurs de risques psychosociaux en trois phases

Globalement, les interventions concernant la prévention des RPS se constituaient sur la base d'une « demande » réalisée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire (médecin du travail, infirmière du travail, IPRP...) ou parfois directement par un membre d'une entreprise. Nous proposons ci-dessous une figure récapitulant les étapes précédant les interventions de prévention des RPS (cf. Figure 21) :

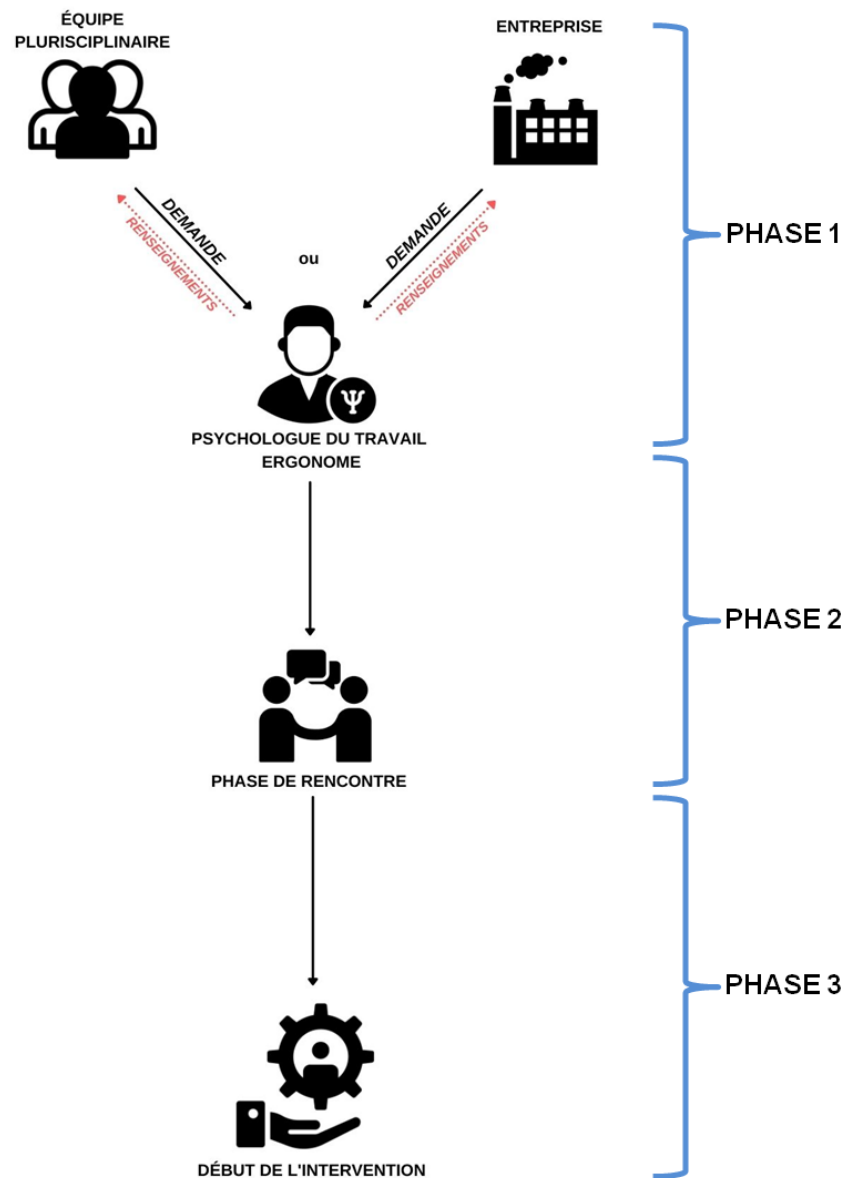


Figure 23 – Phases de préparation des interventions en prévention des facteurs de risques psychosociaux

La « PHASE 1 » représente le moment où une demande d'intervention est formulée auprès du psychologue du travail et ergonome par l'équipe pluridisciplinaire ou un représentant d'entreprise (Direction, ressources humaines, représentant du personnel...). La demande constitue le point de départ d'une future intervention. A cette étape, nous avons souvent pour habitude de recueillir des informations supplémentaires sur la structure en question (nombre de salariés, interventions déjà réalisées, événements marquants de l'entreprise...). Ces informations sont recueillies auprès de ceux qui ont établi la demande, sinon auprès du médecin du travail référent de l'entreprise. Cette étape est similaire à celle de la méthodologie

d'intervention en ergonomie, consistant à analyser la demande pour en saisir les enjeux psychosociaux (Benchekroun, 2016, p.41 ; Valléry et al., 2021, p.265).

La « PHASE 2 » fait suite au recueil d'informations et aux éventuels échanges réalisés avec le médecin du travail en charge de la structure. Elle aboutit généralement à une rencontre entre le psychologue du travail et ergonome, le médecin du travail, la Direction de l'entreprise et les acteurs ayant formulé la demande si celle-ci est extérieure au service. Cette rencontre nous permet de recueillir des informations plus précises concernant la demande effectuée afin de la reformuler, l'objectif étant de transposer les renseignements obtenus en problématique traitable. Elle permet ainsi de rendre visible la possibilité d'intervenir auprès d'une structure, dans une logique d'instauration d'un lien de confiance avec les interlocuteurs de la structure (Folcher et al., 2017, p.13).

Enfin, la « PHASE 3 » est une phase de préparation de l'intervention. Suite à la rencontre établie entre les acteurs du service et les interlocuteurs en entreprise, un plan d'intervention est établi en co-construction. Ce dernier regroupe :

- (1) Les acteurs qui animeront la démarche (groupe de travail, comité de pilotage...);
- (2) Les potentiels outils d'intervention qui seront mobilisés (méthodes qualitatives/quantitatives);
- (3) Les étapes qui constitueront l'intervention.

Généralement, ce plan d'intervention est inscrit au sein d'un document intitulé : « Proposition d'intervention⁵¹ » signé par le médecin du travail, le psychologue du travail et ergonome et la direction (ou représentant) de la structure d'intervention. Un exemple est disponible en annexe (cf. Annexe 21).

1.1.2 Intervention dans le cadre de sensibilisations collectives en quatre phases

Comme nous l'avons déjà évoqué, nous avons été intégrés en tant que copilotes au sein du groupe « Addictions » dès notre arrivée dans le service. Les objectifs de ce groupe de travail résidaient principalement dans le développement de la formation des acteurs de la santé au travail en interne, et la mise en place des

⁵¹ Ce document est un outil créé par la première psychologue du travail et ergonome du SMTVO.

actions de prévention et de sensibilisation concernant les conduites addictives auprès des structures demandeuses.

A l'image de la figure précédemment présentée (cf. figure 21), les interventions de sensibilisation suivaient sensiblement la même logique séquentielle. Nous proposons une figure synthétisant notre place de psychologue du travail et ergonomiste au sein de ce groupe de travail dans le cadre d'une intervention de sensibilisation (cf. Figure 22).

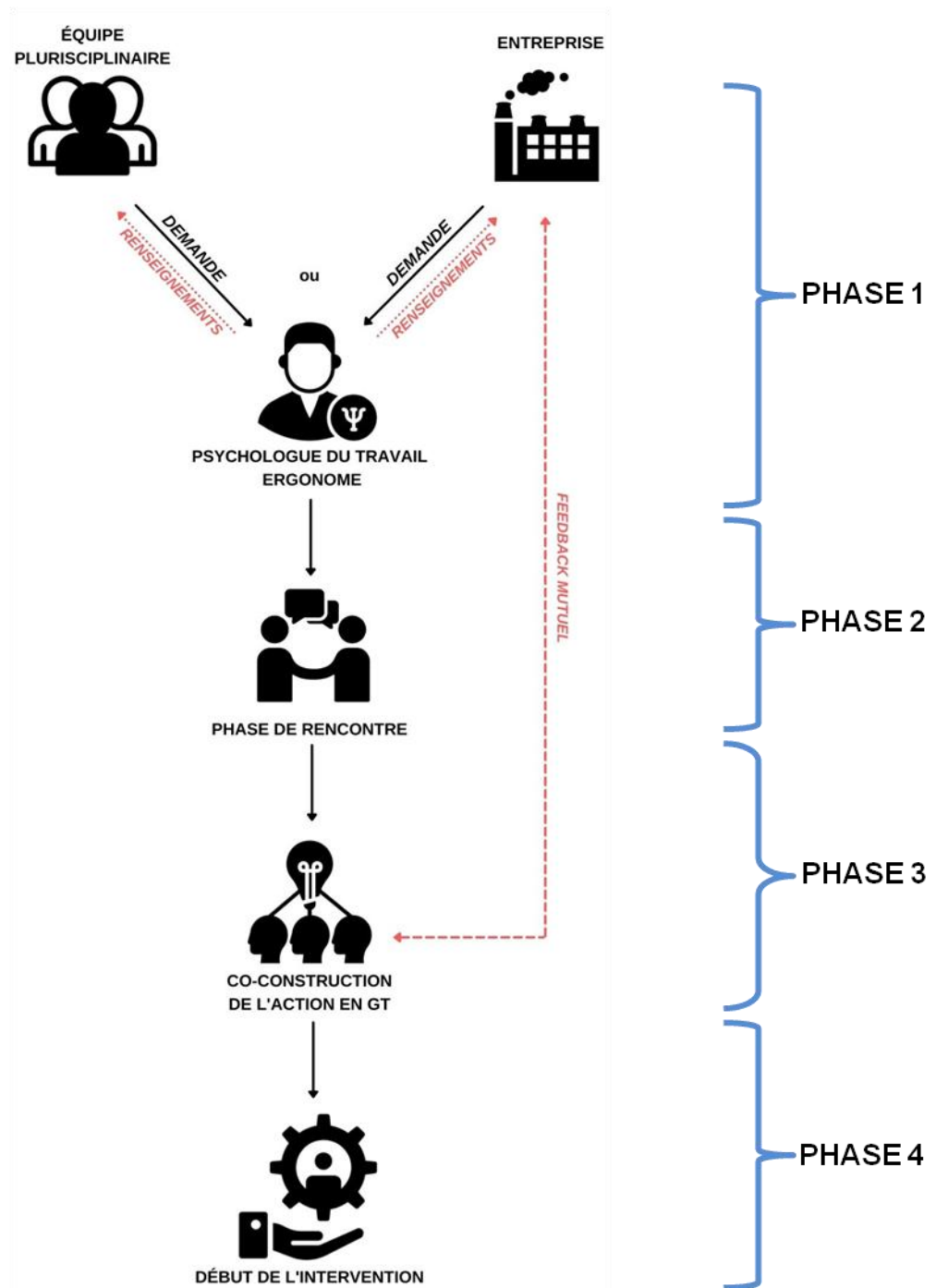


Figure 24 – Phases de préparation des interventions de sensibilisation sur les conduites addictives en entreprise

Les phases 1, 2 et 4 suivent sensiblement le même cheminement que celui présenté dans le cadre des interventions en prévention des RPS. Cependant, une phase intermédiaire, ici intitulée « PHASE 3 », prend généralement place entre la rencontre avec les acteurs de l'entreprise et le début de l'intervention. En effet, suite au recueil des informations et à la reformulation de la demande, nous réalisons une

présentation des éléments recueillis auprès du groupe « Addiction » afin de définir la marche à suivre. Toutes les interventions étaient globalement co-construites en groupe de travail afin de développer une approche globale et pluridisciplinaire. Cette phase nous permettait de définir les modalités de notre intervention, en accord avec les demandes formulées par la structure. Nous étions régulièrement en contact avec les représentants des entreprises afin de leur présenter les modalités d'intervention envisagées. Ce feedback était également un moyen de bénéficier de leur regard de manière à moduler nos actions pour répondre aux contraintes organisationnelles et temporelles.

Il nous semble important de préciser ici que les deux types d'interventions présentés ci-dessus partagent certains traits dans leur réalisation. Néanmoins, ils se différencient par plusieurs éléments dont le type d'acteurs avec qui nous collaborions en interne. Les interventions en prévention des RPS avaient souvent tendance à mobiliser la dyade « médecin du travail et psychologue du travail » alors que les actions de prévention sur la thématique des conduites addictives impliquaient la participation complète du groupe de travail « Addictions ». Elles se différencient également par leur temporalité. A l'origine, les interventions en prévention des RPS étaient établies sur le long terme (accompagnement de 6 mois ou plus). A l'inverse, les interventions de sensibilisation des conduites addictives étaient souvent envisagées sur du court terme (journées ou demi-journées d'intervention).

Notre activité de psychologue du travail étant principalement articulée autour de ces deux types d'interventions, il nous paraissait pertinent de construire notre protocole méthodologique sur le principe de recherche-action. En effet, les travaux de Kurt Lewin (1947, cité dans Gonzales-Laporte, 2014, p.7) ont permis de définir la recherche-action comme :

« Une démarche fondamentale qui naît de la rencontre entre une volonté de changement et une intention de recherche. Elle poursuit un objectif dual qui consiste à réussir un projet de changement délibéré et ce faisant, faire avancer les connaissances fondamentales dans les sciences de l'homme. Elle s'appuie sur un travail conjoint entre toutes les personnes concernées. Elle se développe au sein d'un cadre éthique négocié et accepté par tous » (Lewin, 1947 cité dans Gonzales-Laporte, 2014, p.7).

La recherche-action souligne l'importance d'agir en collectif, afin d'étudier les processus de changement et de produire des connaissances pratiques (Valléry et al., 2021, p.266 ; Gonzales-Laporte, 2014, p.8). Notre activité étant située au cœur d'une dynamique pluridisciplinaire, faisant appel à la fois aux compétences des acteurs de la santé au travail mais aussi au savoir des acteurs de l'entreprise (direction, personnel encadrant, salariés...), il était important d'inscrire notre travail dans cette logique.

Afin de rendre compte au mieux de nos interventions, le recours aux monographies d'entreprise semblait être un outil pertinent.

1.2 Les monographies d'entreprises

La recherche monographique peut être définie comme :

« *L'étude minutieuse et longitudinale d'un seul cas* » (Guéranger, 2012, p.23).

A cette définition, nous pouvons ajouter le fait que le travail monographique est un outil largement utilisé dans l'analyse des pratiques professionnelles (Dubois, 2011, p.161). Il permet l'étude d'un phénomène ou d'une situation en impliquant une enquête de terrain et une observation ou une participation *in situ* (Dufour et al., 1991, p.22). L'intérêt d'utiliser la monographie réside en son objectif principal :

« *Proposer une description la plus exhaustive possible dans sa singularité et dans toutes ses particularités* » (Guibert et Jumel, 1997 cités dans Charpentreau, 2015, p.75).

Cependant, ce n'est pas une démarche aisée, il n'existe d'ailleurs pas de modèle particulier pour leur réalisation. Nous avons donc procédé par étapes :

1. Définir notre champ d'action

Pour répondre du mieux possible à notre problématique de recherche et aux objectifs fixés pour cet axe, nous avons décidé de nous focaliser sur les actions de sensibilisation concernant les usages de SPA en milieu de travail. Notre rôle de psychologue du travail, ergonomiste et doctorant au sein de SMTVO nous a offert cette possibilité de recueil. Les monographies reprennent alors les pratiques développées dans le cadre de notre activité professionnelle.

2. Déterminer le nombre de monographies souhaitées

La réalisation de projets de prévention sur la question des CA et usages de SPA en milieu de travail pouvant être étalée dans le temps, nous avons pris la décision d'en mener quatre afin de proposer un recueil équilibré entre représentativité et faisabilité. Ces quatre monographies ont été réalisées au sein de quatre entreprises différentes, toutes adhérentes au SMTVO.

3. Statuer sur la forme des monographies

Les monographies seront présentées sous la forme d'un récit narratif détaillé suivant la structure suivante (cf. Figure 23) :

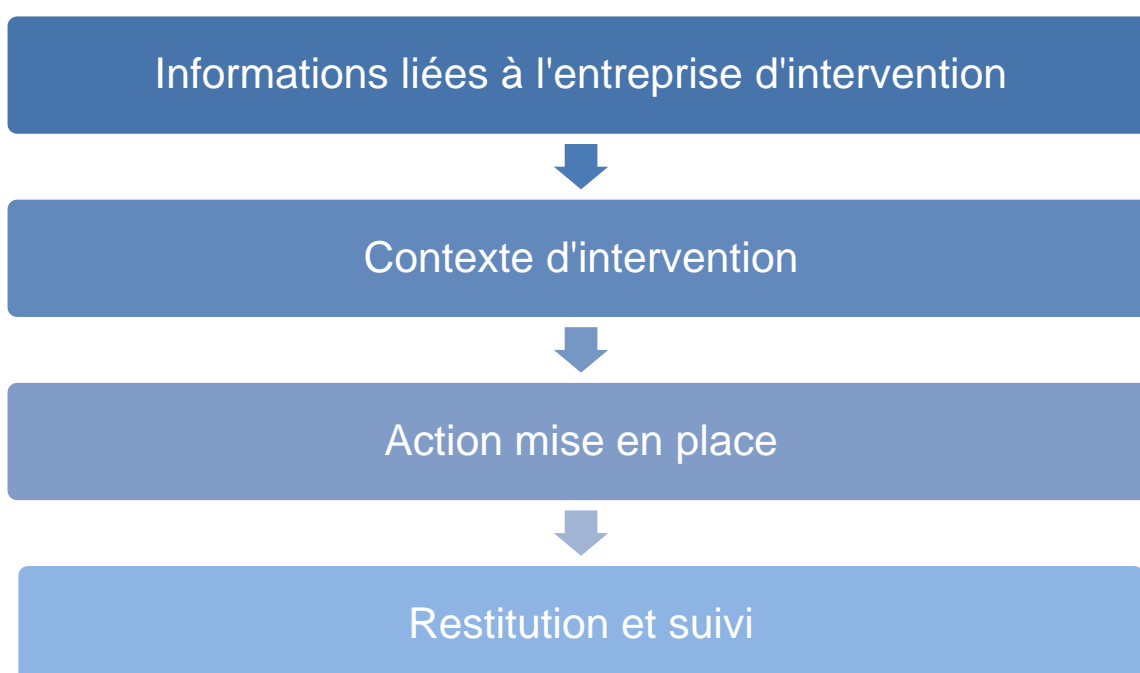


Figure 25 – Structure des monographies

Dans une logique d'objectivation des actions réalisées, nous avons choisi de recourir à ce type de structure monographique. Nous rappelons cependant la présence potentielle d'un biais liée à notre subjectivité d'acteur, du fait de notre implication dans les actions et la rédaction des monographies. Dans une logique de réduction de ce biais, nous avons décidé de bâtir leur rédaction sur les analyses de traces issues des interventions (mails, compte-rendu, ordre du jour, proposition d'intervention...).

Nous précisons également que le recours à cette méthodologie implique nécessairement de traiter de la singularité d'une situation. Les quatre monographies

présentées ici incarnent quatre situations différentes, chacune avec leurs spécificités en termes de contexte d'intervention, d'interlocuteurs, d'acteurs... Notre intérêt ne se situe pas dans une volonté de généralisation des résultats, mais de mettre ces monographies en perspective. En effet, chaque monographie propose de retracer une intervention de sensibilisation sur la thématique des conduites addictives. Mais pour ce faire, nous avons eu recours à diverses approches et méthodologies qui seront détaillées pour chacune d'entre elles. Les apports de ces dernières seront également abordés sous trois aspects : pour le SMTVO, pour l'entreprise en question et pour la recherche. A titre informatif, nous avons fait le choix de présenter une monographie pour laquelle notre intervention en sensibilisation des conduites addictives n'a pu aboutir (monographie n°3). Nous détaillerons les éléments qui ont conduit à son inaboutissement et tenterons de faire ressortir les éléments qui auraient pu contribuer à sa réussite. Nous avons décidé de garder cette intervention au sein de notre recueil de données car sa mise en perspective avec les autres nous a semblé apporter des réflexions intéressantes, que nous évoquerons en discussion de cet axe.

2. Traitement des données

Comme expliqué précédemment, l'intérêt de la monographie réside dans sa capacité à proposer une description approfondie d'un objet de la façon la plus exhaustive possible (Guibert & Jumel, 1997, p.143). Nous faisons recours aux monographies dans notre travail de recherche dans une logique d'objectivation des pratiques développées, concernant la prévention des usages de SPA et des conduites addictives en milieu de travail, auprès de structures adhérentes au SMTVO. Ces monographies sont donc issues de notre expérience en tant que psychologue du travail et ergonomiste du service intégré au groupe de travail « Addictions ».

Nous proposons alors de développer ces monographies en articulant les pratiques conçues pour chaque intervention. Ainsi, chacune des monographies présentées reprend et explicite une intervention que nous avons menée avec les acteurs du SMTVO et les membres des structures adhérentes, en détaillant les différentes étapes, notamment méthodologiques, par lesquelles nous sommes passés. L'analyse de chaque monographie tente d'apporter un éclairage descriptif et explicatif aux situations rencontrées. Chaque monographie présentée s'inscrit dans

un cadre pluridisciplinaire. Afin de rendre compte au mieux du contenu et de la forme des actions menées, nous proposerons un codage sous forme de diagramme de Gantt reprenant les différentes étapes chronologiques. Chaque phase présentée précédemment sera reprise au sein de ces diagrammes.

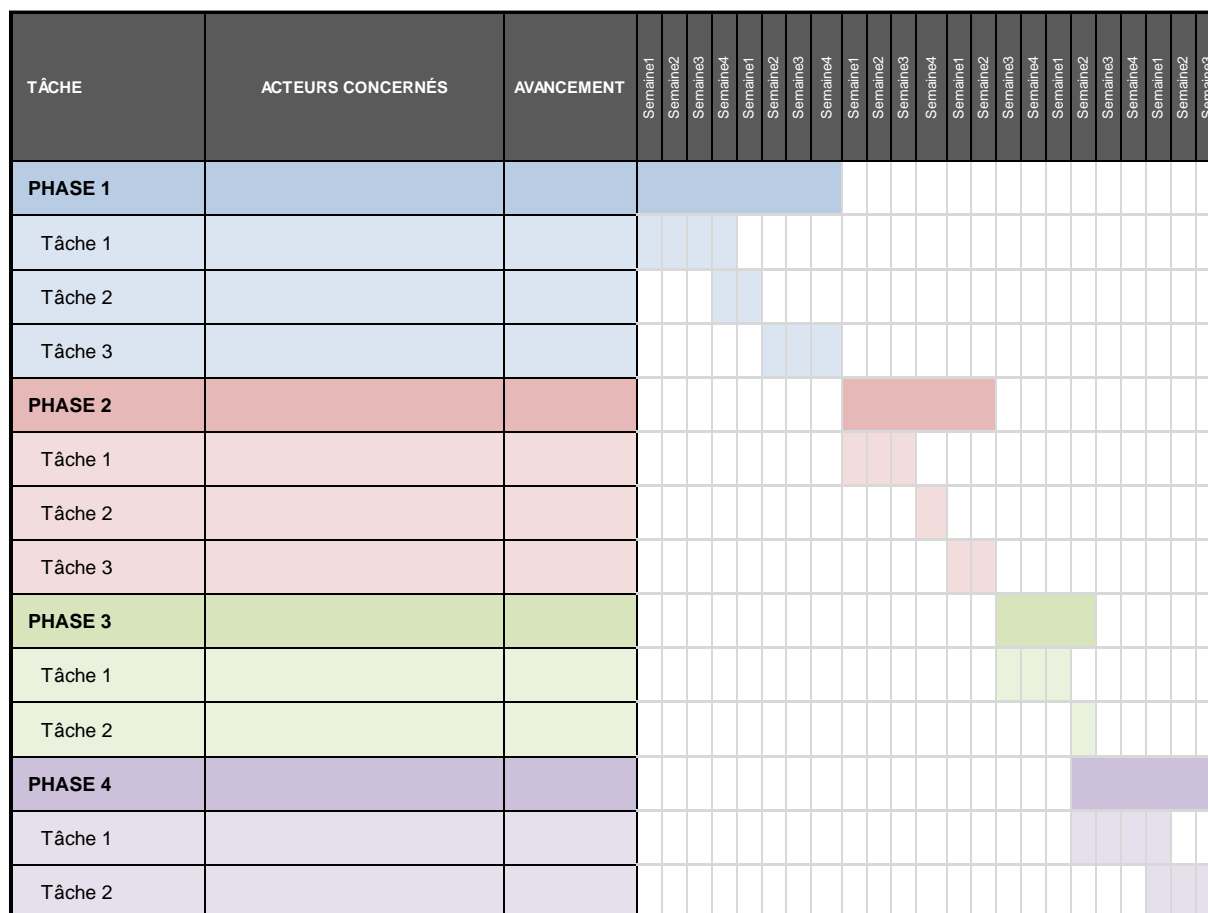


Figure 26 – Exemple de diagramme de suivi d'intervention

3. Résultats

Nous proposons ici de présenter les quatre monographies issues de nos interventions. Afin de comprendre la logique ayant sous-tendu ces dernières, nous procéderons à une présentation de la structure et développerons les éléments concernant les politiques de prévention établies. Nous développerons ensuite les différentes phases qui ont jalonné nos actions sur la base des diagrammes réalisés. Notons également que les monographies sont présentées dans l'ordre chronologique : de la demande d'intervention la plus ancienne à la plus récente.

3.1 Monographie 1 – Entreprise de logistique (Octobre 2017 – Décembre 2020)

Cette première monographie constitue l'une de nos premières interventions menées en autonomie, suite à notre intégration au sein du SMTVO. Nous commençons déjà à travailler avec cette structure au moment où nous étions stagiaires, ce qui explique une date de démarrage d'intervention préliminaire à notre intégration en tant que salarié doctorant. A titre informatif, cette première monographie est la plus longue car nos actions se sont déroulées sur une période étendue d'un peu plus de trois ans. Elle se compose des deux types d'interventions que nous avons présentés dans les parties précédentes, à savoir un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux et une campagne de sensibilisation sur les conduites addictives en entreprise. Afin de rendre compte au mieux de notre campagne de sensibilisation sur la thématique des conduites addictives, il nous semble important de présenter notre intervention.

3.1.1 Présentation de la structure et politique de prévention

L'entreprise dans laquelle nous sommes intervenus est le centre national de logistique d'une enseigne automobile. Basé dans l'Oise, il assure l'approvisionnement et la distribution de pièces de rechange au réseau des réparateurs agréés sur une surface de 37 000 m². Composée de 112 salariés, cette structure est composée de plusieurs services :

- Administratif ;
- Entretien / environnement ;
- Logistique ;
- Magasin ;
- Méthodes et systèmes ;
- Qualité ;
- Réception.

En matière de prévention des risques, la majeure partie des actions sont alors centrées sur les risques physiques et la sécurité. Des audits sécurité sont organisés depuis août 2002. En janvier 2015, une réorganisation a été menée dans le cadre de la mise en place d'un Système Opérationnel à la Sécurité requis par les exigences du groupe. Ainsi, le CHSCT participe mensuellement à 2 audits avec le Chef

d'Equipe sécurité avec comme objectif d'effectuer des contrôles portant sur différents aspects de l'entreprise.

L'objectif est que l'ensemble du site soit audité deux fois dans l'année. L'ensemble des actions est enregistré sous fichier informatique et rendu disponible à la maîtrise du magasin et au CHSCT pour les actions correctives/préventives à mener.

Un Comité Ergonomique Local est créé depuis 2006 et se réunit régulièrement sur une base d'une réunion par trimestre de manière à :

- Revoir les demandes d'études ;
- Sélectionner les sujets à traiter ;
- Définir un planning et les moyens d'intervention ;
- Revoir les études finalisées pour validation des recommandations ;
- Planifier la mise en place des actions retenues ;
- Demander assistance à des organismes extérieurs si nécessaire.

Les travaux de ce comité sont revus en réunion trimestrielle du CHSCT.

Plusieurs actions liées à la prévention des risques ont été réalisées en 2017 :

- Une formation ergonomique par un organisme extérieur s'est déroulée en mai pour les membres du CHSCT, pour des personnes amenées à modifier l'organisation du site et des membres de l'encadrement ;
- Une formation « Gestes & Postures », par un organisme extérieur, sur 5 matinées a été organisée pour 53 personnes ;
- Deux intervenantes en ergonomie ont été présentes d'octobre 2015 à juillet 2016 afin de faire une étude sur les changements de process de travail occasionnés ces dernières années. Les actions qui ont découlé de cette étude ont été intégrées dans le plan d'actions du Comité Ergonomique Local et se sont poursuivies en 2017.

A ce jour, aucune intervention collective, concernant l'analyse et la prévention des facteurs de risques psychosociaux ou des usages de SPA en milieu de travail,

n'avait été réalisée. De ce fait, aucun projet de prévention liant ces deux thématiques n'avait été envisagé. C'est dans ce contexte que notre intervention s'est déroulée.

3.1.2 Déroulement de la première intervention – Analyse et prévention des facteurs de risques psychosociaux

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20
PHASE 1 - Demande		100%																												
Mail de renseignements	Médecin du travail Responsable du personnel																													
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologues du travail																													
PHASE 2 - Analyse de la demande		100%																												
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Responsable du personnel Psychologues du travail Directeur du site Directeur du magasin Chef d'équipe sécurité																													
PHASE 3 Éléments méthodologiques		100%																												
Diffusion d'exemple d'outils et échanges par mail	Psychologues du travail Responsable du personnel Médecin du travail																													
Rencontre afin d'échanger sur les exemples d'outils diffusés	Psychologues du travail Responsable du personnel																													
Envoi et signature de la proposition d'intervention	Psychologues du travail Responsable du personnel Directeur du Site Médecin du travail																													
Recueil d'informations sur l'entreprise	Psychologues du travail Responsable du personnel																													
Visite du site	Psychologues du travail Responsable du personnel Chef d'équipe sécurité																													

La figure ci-dessus relate les différentes phases qui ont constitué notre première intervention au sein de l'entreprise de logistique, ainsi que leur chronologie. Afin d'explicitier de façon plus détaillée les étapes de chaque phase, nous reprendrons les différentes parties de cette figure dans la suite de notre rédaction.

3.2.1.1 Phase 1 – La demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20
			PHASE 1 - Demande		100 %																									
Mail de renseignements	Médecin du travail Responsable du personnel																													
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologues du travail																													

Cette intervention trouve sa source dans un mail, adressé au médecin du travail en charge de l'entreprise de notre service, par la responsable du personnel en octobre 2017. Elle expliquait vouloir mettre en place une : « analyse des risques psychosociaux dans le cadre du plan d'action 2017 mené en partenariat avec le CHSCT ».

Après avoir obtenu la confirmation par mail d'un premier rendez-vous de rencontre, nous avons intégré cette demande au sein de notre logiciel interne « MEDTRA⁵² ». Cette étape permet notamment de communiquer sur ce projet d'intervention auprès des acteurs du service (médecin du travail, infirmier en santé au travail) en charge des entreprises concernées. Nous avons par la suite informé le médecin du travail en charge de l'entreprise, afin d'avoir plus d'informations sur le contexte de l'entreprise et le type d'activité. Au regard de l'effectif de la structure (plus de 100 personnes), le médecin a recommandé la mobilisation des deux psychologues du travail du service.

⁵² Logiciel de santé au travail et de prévention des risques permettant le suivi des interventions et dossiers médicaux des salariés suivis par un SSTI. Il permet entre autres d'accéder et de remplir les dossiers médicaux des salariés des entreprises adhérentes, réaliser le suivi et la gestion des examens, des accidents du travail, des maladies professionnelles... Enfin, il offre la possibilité de créer, saisir et suivre des actions de prévention tout en donnant l'accès aux informations aux acteurs concernés.

3.1.2.2 Phase 2 – Analyse de la demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20
			PHASE 2 – Analyse de la demande		100 %																									
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Responsable du personnel Psychologues du travail Directeur du site Directeur du magasin Chef d'équipe sécurité																													

En novembre 2017, sur la base de nos premiers échanges, une réunion de rencontre a donc été organisée au sein de la structure afin de définir les modalités de notre intervention. A cette occasion, nous avons rencontré :

- La responsable du personnel ;
- Le Directeur du site ;
- Le Directeur Magasin ;
- Le chef d'équipe sécurité.

Au fil de nos échanges, nous avons pu identifier le cadre dans lequel s'inscrivait la demande initiale :

Éléments de contexte :

Ce projet s'inscrit dans le plan d'action convenu avec le CHSCT en 2017 pour l'année 2018 et dans la logique de répondre aux attentes réglementaires (articles L 4121-1 à 5 du code du travail).

Cependant, certains aspects semblaient constituer une source de difficultés dans la conduite de ce projet :

- *Un défaut de connaissances sur la thématique de la part de l'ensemble des acteurs de la structure ;*
- *Aucune démarche de sensibilisation sur cette thématique n'a été réalisée auparavant ;*
- *La présence de membres réfractaires aux actions portées par la Direction du site au sein du CHSCT.*

Sur la base de ces constats, nos interlocuteurs ont décidé de se tourner vers le SMTVO afin de les aider à organiser cette intervention.

Sur la base de ces éléments, nous avons alors proposé d'accompagner l'entreprise dans l'identification et la prévention de situations à risque psychosocial. Cette démarche impliquait notamment de proposer des pistes d'amélioration sur la base d'un travail collectif, et de fournir une expertise afin de compléter le document unique. Un comité de pilotage fut créé réunissant l'ensemble des membres présents à cette première réunion. Deux représentants du personnel furent également inscrits au sein de ce comité de pilotage. Afin de définir les modalités d'intervention, nous avons proposé à nos interlocuteurs de leur transmettre plusieurs documents d'informations sur la conduite d'intervention en prévention des RPS, notamment l'outil « RPS-DU » de l'INRS (2018). Une visite de l'entreprise a également été demandée afin d'avoir une meilleure visibilité des différents postes et services de l'entreprise.

également pu découvrir les différents types d'activités réalisés au sein de cette structure. Suite à cette visite, un premier comité de pilotage fut organisé. Ce dernier avait pour objectif de sensibiliser ses membres sur la thématique des RPS (cf. Annexe 23), de cadrer notre intervention et de définir son organisation temporelle.

L'outil « RPS-DU » fut donc choisi par le comité de pilotage afin de conduire la démarche. Cependant, à la demande de nos interlocuteurs, nous avons fait le choix d'adapter ses modalités de diffusion : l'outil a été présenté dans le cadre de groupes de travail définis en comité de pilotage. Sur la base d'un processus participatif, les questions de l'outil ont été abordées de façon collective afin de définir un degré d'importance des facteurs de risque par consensus. Quatre groupes de travail ont donc été mis en place en fonction de secteurs des métiers :

- 1^{er} groupe : relatif aux métiers de la « manutention » ;
- 2^{ème} groupe : relatif aux métiers « supports » du site (maintenance, planographie, méthodes et systèmes, sécurité) ;
- 3^{ème} groupe : métiers à dominante « administrative » ;
- 4^{ème} groupe : métiers liés au management.

Chaque groupe a été constitué par le Comité de Pilotage. Les personnes ont été identifiées en fonction de leur métier, de leur catégorie d'âge, de leur genre ou encore de leur ancienneté afin d'avoir un panel représentatif de la population. Les réunions en groupe de travail ne pouvaient pas excéder 2 heures.

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec l'entreprise :

- **Type d'intervention** : analyse des situations à risques psychosocial et proposition d'un plan d'actions visant à les réduire/supprimer ;
- **Approche mobilisée** : groupes de travail ;
- **Outil utilisé** : RPS-DU (INRS, 2018)
- **Durée** :
 - **Groupes de travail** : 2 heures maximum par groupe ;
 - **Du projet** : estimée à 1 an ;
- **Date** : début des premiers groupes de travail prévu en avril 2018 ;
- **Intervenants** : psychologues du travail, médecin du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : Entre 6 et 10 collaborateurs par groupe ;
- **Modalités de participation** : sélection des salariés sur critères (métier, âge, ancienneté, genre) avec possibilité de refuser.

3.1.2.4 Phase 4 – Intervention sur le terrain

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	
			PHASE 3 – Intervention sur le terrain		100 %																										
Communication auprès de l'ensemble des salariés de la structure	Collaborateurs de l'entreprise Responsable du personnel																														
Groupes de travail	Collaborateurs de l'entreprise Psychologues du travail																														
Synthèse des 1ers groupes de travail	Psychologues du travail Responsable du personnel																														
Comité de pilotage #2 et #3 (restitution des résultats)	Responsable du personnel Psychologues du travail Directeur du site Directeur du magasin Chef d'équipe sécurité Représentants du personnel																														
Réunion plan d'action	Responsable du personnel Psychologues du travail Directeur du site Directeur du magasin Chef d'équipe sécurité Représentants du personnel																														
Restitution plan d'action	Responsable du personnel Psychologues du travail Directeur du site Directeur du magasin Chef d'équipe sécurité CHSCT Médecins du travail																														

Demande 2^{ème} intervention

Notre intervention a débuté avec une note de communication auprès de l'ensemble du personnel (cf. Annexe 24) ainsi qu'auprès des salariés sélectionnés au regard des critères définis plus tôt. Les groupes de travail se sont déroulés entre mai 2018 et novembre 2018. A l'issue de ces derniers, de nouveaux comités de pilotage ont été organisés afin de restituer les résultats obtenus. L'analyse des groupes de travail nous a permis de souligner des facteurs de risques liés à des aspects organisationnels (insécurité socio-économique liée à la pérennité de l'entreprise, défaut d'autonomie, manque de cadrage de la polyvalence) et sociaux (manque de soutien de la part des responsables hiérarchiques et de reconnaissance du travail effectué).

C'est dans le cadre de ces réunions que nous avons identifié les prémisses de notre deuxième intervention. En effet, au fil d'échanges réguliers que nous avons

avec la responsable du personnel, nous avons avancé l'objet de recherche de notre deuxième axe : développer des actions de prévention des conduites addictives au sein des entreprises adhérentes à SMTVO. Cette information a eu comme effet de susciter un intérêt particulier de la part de nos interlocuteurs. Nous avons eu l'opportunité d'échanger sur les bénéfices de ce type d'intervention dans le cadre des réunions de construction du plan d'action. Sur la base de ces échanges, une campagne de prévention sur la thématique des conduites addictives a donc été intégrée à notre plan d'action avec l'accord des membres du comité de pilotage. Le plan d'action est ainsi disponible en annexe (cf. Annexe 25).

3.1.3 Déroulement de la seconde intervention – Campagne de prévention des conduites addictives

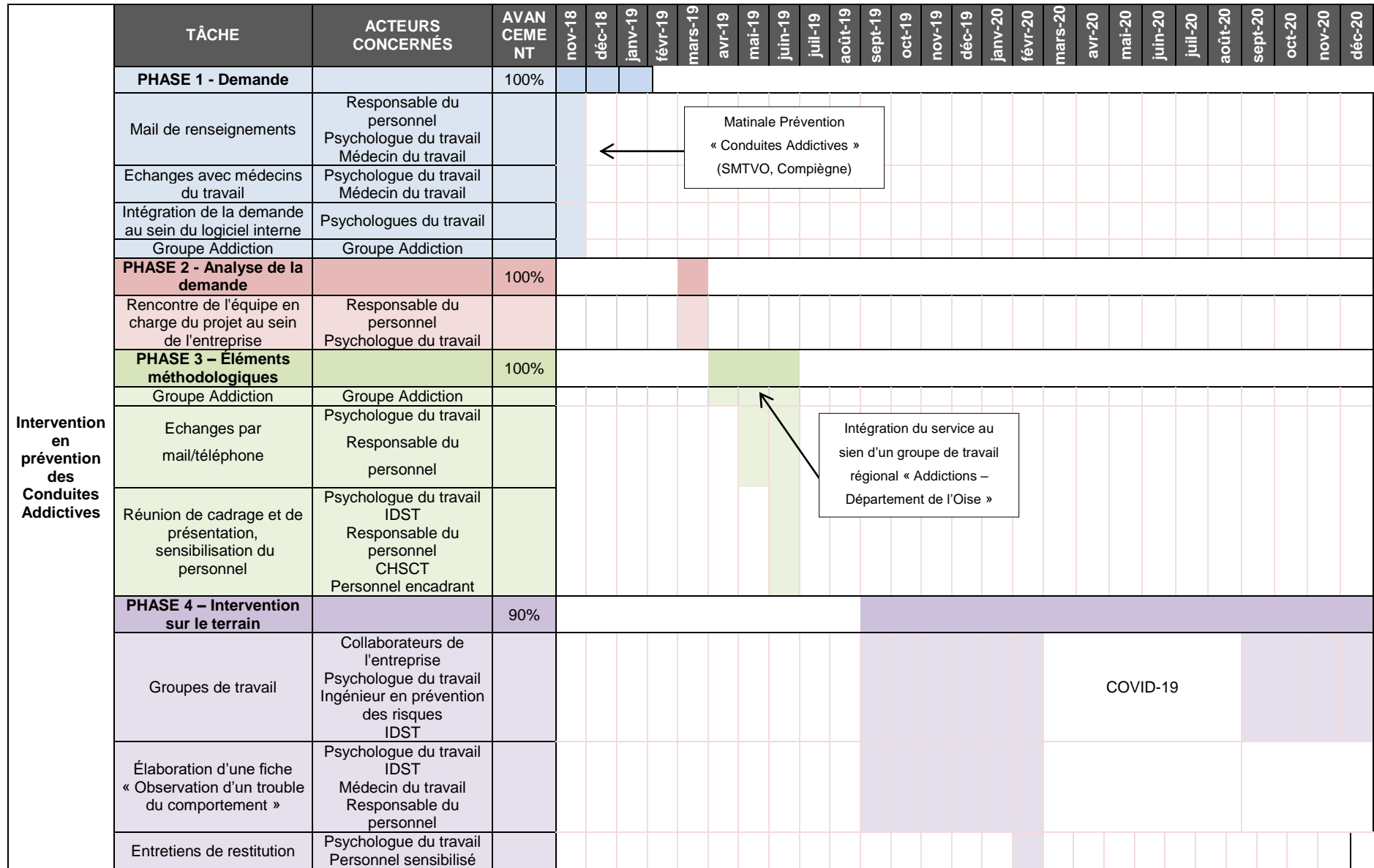



Figure 28 – Diagramme de l'intervention en prévention des conduites addictives au sein de l'entreprise de logistique

3.1.3.1 Phase 1 – La demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	oct-20
			PHASE 1 - Demande		100%																					
Mail de renseignements	Responsable du personnel Psychologue du travail Médecin du travail																									
Echanges avec médecins du travail	Psychologue du travail Médecin du travail																									
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologues du travail																									
Groupe Addiction	Groupe Addiction																									

Matinale Prévention
 « Conduites Addictives »
 (SMTVO, Compiègne)



Comme nous l'avons expliqué, la demande concernant la prévention des conduites addictives en milieu de travail est née d'échanges avec la responsable du personnel de la structure. A cet effet, un mail de renseignements nous a été transmis, ce qui nous a donné la possibilité d'échanger sur ce sujet auprès du médecin du travail en charge de l'entreprise. Afin de respecter la procédure interne, ce projet a été intégré au sein de notre logiciel. Puis cette demande a été communiquée au sein de notre groupe de travail « Addictions ».

Il nous semble important de préciser ici que cette demande a été formulée peu de temps avant la première matinale de prévention sur la thématique des conduites addictives. Cet événement faisait partie de la nouvelle campagne de communication organisée par le SMTVO auprès des adhérents et a été entièrement coordonnée par les membres du groupe « Addictions ». Nous reviendrons par la suite sur le contenu de cet événement car il a représenté une étape importante dans la constitution de notre intervention (cf. Partie « Projets annexes aux interventions »). Une démarche de cette envergure n'avait jusqu'alors jamais été réalisée par le service. Il convenait donc de prévoir un temps de préparation significatif et de baliser au mieux son développement.

3.1.3.2 Phase 2 – Analyse de la demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	Oct-20	
			PHASE 2 - Analyse de la demande		100%																						
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Responsable du personnel Psychologue du travail																										

Une première réunion d'échange a donc été organisée au sein de la structure en Mars 2019 avec la responsable du personnel.

Celle-ci a confirmé l'intérêt de l'entreprise à développer la prévention au sujet des conduites addictives. Au fil de nos échanges, nous avons défini le cadre dans lequel s'inscrivait la demande initiale :

Éléments de contexte :

Ce projet s'inscrit dans le plan de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail identifié en 2018 avec le CHSCT. En effet, l'identification de risques tels que la conduite d'engins de manutention ont orienté nos interlocuteurs à s'interroger sur la consommation de SPA en milieu de travail. A ce titre, l'ébauche d'une « charte de conduite à tenir en cas de comportement anormal » a été réalisée. L'entreprise souhaitait également sensibiliser ses salariés sur l'utilisation des tests salivaires mis en place au début de l'année 2019.

A ce jour, aucune problématique de consommation de substances ne semblait être identifiée par l'entreprise.

Sur la base de ces constats, nos interlocuteurs ont décidé de se tourner vers le SMTVO afin de les aider à développer ces projets.

Sur la base de ces éléments, nous avons alors proposé d'accompagner l'entreprise dans le développement de la prévention sur la consommation de SPA en milieu de travail sur deux axes :

- La sensibilisation de l'ensemble des collaborateurs ;
- Le développement de la politique de sécurité.

Au regard de l'envergure de cette intervention, nous avons convenu qu'un travail de préparation et des échanges réguliers seraient nécessaires préalablement à sa réalisation. Quelques semaines de préparation ont été nécessaires au développement du contenu de notre intervention avant d'envisager une première réunion de cadrage avec le personnel encadrant et les membres du CHSCT.

3.1.3.3 Phase 3 – Éléments méthodologiques

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	oct-20	
			PHASE 3 – Éléments méthodologiques		100 %																						
Groupe Addiction	Groupe Addiction																										
Echanges par mail/téléphone	Psychologue du travail Responsable du personnel																										
Réunion de cadrage et de présentation, sensibilisation du personnel	Psychologue du travail IDST Responsable du personnel CHSCT Personnel encadrant																										

Intégration du service au sein d'un groupe de travail régional « Addictions – Département de l'Oise »

Une réunion avec les membres du groupe « addictions » du SMTVO a été organisée en mai 2019 suite à notre réunion de cadrage avec la responsable du personnel. Cette réunion nous a permis d'établir le contenu de notre première intervention prévue en juin 2019. Au même moment a eu lieu l'intégration du SMTVO au sein d'un groupe de travail régional portant sur l'amélioration de la prévention des CA porté par la CARSAT. Nous reviendrons par la suite sur les objectifs et travaux menés au sein de ce projet, car il a également constitué une étape non-négligeable

dans la constitution de notre intervention (cf. Partie « Projets annexes aux interventions »).

Dans le cadre de notre groupe « addictions », nous avons bénéficié de ce temps d'échange pour définir les acteurs qui interviendront principalement au sein de la structure. Sur l'accord de l'ensemble des membres, quatre intervenants ont été sollicités :

- L'infirmière de santé au travail pilotant le groupe ;
- Un technicien ou ingénieur en prévention des risques (IPRP) ;
- Le médecin du travail en charge de l'entreprise (en fonction de ses disponibilités) ;
- Nous-même en qualité de psychologue du travail.

Il a été convenu qu'un roulement pourrait être réalisé parmi les IPRP. Cette décision permettait entre autres de mobiliser plusieurs membres du groupe « addictions » afin de participer aux sensibilisations. Cette réunion a également permis de valider le contenu que nous souhaitons proposer lors de cette campagne de prévention pour la sensibilisation des collaborateurs.

Sur les aspects relatifs à la forme de notre intervention, les échanges réalisés avec le groupe « addictions » ont fait émerger une proposition de plan d'intervention (cf. Figure 27).

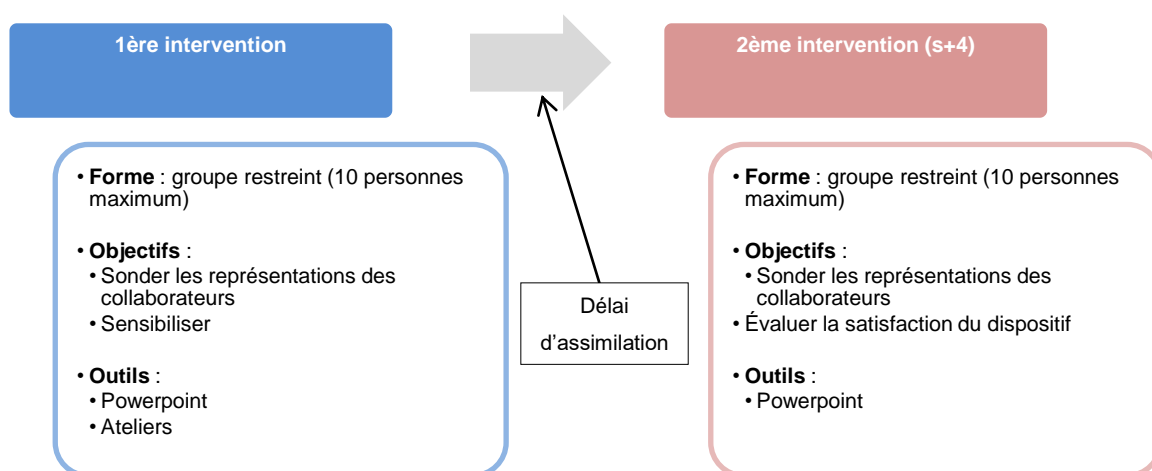


Figure 29 – Proposition d'un plan d'intervention pour la prévention des conduites addictives

Nous comptons donc proposer de rencontrer les collaborateurs deux fois en groupes restreints afin de proposer un espace d'échange. Lors de la première réunion, nous souhaitons recenser les représentations des collaborateurs au sujet des CA, puis introduire la thématique via la diffusion d'un PowerPoint. Suite à cela, nous voulions réaliser des ateliers de sensibilisation avant de terminer par un temps d'échange. La seconde réunion aurait été quant à elle programmée quelques semaines suite à notre première intervention, avec comme objectif de faire le point sur les connaissances, recenser de nouveau les représentations et constater les éventuels changements. Enfin, nous souhaitons évaluer la satisfaction perçue du dispositif.

Une fois le contenu de notre intervention défini, nous avons transmis ces éléments à la responsable du personnel avec qui nous étions en contact. Cette dernière nous a indiqué qu'il ne serait possible de réaliser qu'un seul temps d'intervention pour des raisons organisationnelles. Elle a également souligné que le temps d'intervention serait limité. Nous avons alors expliqué que nous souhaitons proposer des questionnaires de satisfaction à l'issue de la journée d'intervention (cf. Annexe 26) et des entretiens individuels d'évaluation de la démarche auprès des collaborateurs suite à notre intervention. Notre interlocutrice a approuvé cette demande.

Sur la base de ces retours, nous avons développé le contenu du PowerPoint que nous souhaitons diffuser lors de la première intervention. La version finalisée validée par notre groupe de travail est disponible en annexe (cf. Annexe 27). Elle reprend les différents éléments que nous abordions pour chaque diapositive. Ce document était donc articulé autour de quatre axes que nous détaillons brièvement ci-dessous :

(1) La découverte de la thématique ;

Afin d'introduire la thématique des conduites addictives, nous avons souhaité travailler sur le court métrage d'Andreas Hykade sobrement intitulé « *Nuggets* » (2014). Brièvement, ce dernier met en scène une créature se déplaçant de gauche à droite sur une ligne. Il rencontre alors une pépite (la « *nugget* » du titre, qui signifie

« pépite ») qui le laisse d'abord indifférent. Il l'absorbe finalement puis prend son envol bien qu'il n'ait pas d'ailes. Il redescend sur terre, continue sa route, mais ne peut s'empêcher de regarder en arrière. Au fil de sa marche, il rencontrera de plus en plus de pépites, qu'il « consommera » à chaque fois, qui le feront voler à chaque fois, mais toujours moins haut, toujours moins longtemps et la chute devient alors de plus en plus difficile à gérer.

Ce court-métrage résume ainsi, en peu d'éléments le principe de dépendance sans spécifier un produit ou comportement particulier. La conclusion de la vidéo montre la créature dans une posture qui pourrait s'apparenter au moment où la consommation de la « *nugget* » devient hors de contrôle et où les conséquences deviennent délétères. Cette vidéo illustre ce qui précède l'état de dépendance sans insister sur ce qu'il représente une fois installé, c'est ce qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre introduction. En effet, nous avons convenu ne pas vouloir exclusivement travailler sur la thématique des addictions et dépendances, mais d'appréhender également les étapes qui les précèdent. En ce sens, débiter notre intervention avec cet outil nous a semblé être une idée pertinente.

(2) La définition des concepts ;

Ce deuxième axe portait principalement sur l'appréhension de la thématique des conduites addictives. Nous convenions de définir les trois termes suivants :

- Drogues ;
- Addiction ;
- Dépendance.

Ce en travaillant sur la base de définitions et modèles disponibles sur les sites dédiés à la prévention (INSERM, Drogues Info Service, Pyramide de Skinner...).

(3) Les normes ;

Le troisième axe était quant à lui centré sur la question des normes médicales et réglementaires. Nous abordions alors la question des normes de consommation

d'alcool sur le plan médical. Nous souhaitons aborder et définir la notion de « verre standard » ou « dose de bar », souvent utilisée dans les campagnes de prévention.

Cet axe proposait également de faire un point sur les SPA les plus consommées en milieu de travail. Cette partie permettait notamment d'expliquer l'évolution des politiques concernant la consommation d'alcool au travail avec le développement des tests salivaires. Enfin, cela nous permettait d'aborder le sujet des usages de médicaments en milieu de travail.

(4) Les risques associés à la consommation en milieu professionnel.

Le dernier axe établi consistait à faire l'état des lieux des effets des consommations sur le plan psychologique et psychique. Il permettait notamment de faire le lien entre les effets et les risques associés à la consommation et le milieu professionnel. Nous souhaitons bénéficier de ce temps d'intervention pour faire le point sur l'usage de médicaments, problématique souvent remontée par le personnel médical de SMTVO.

La deuxième partie de cette intervention était centrée sur trois ateliers :

(1) Le parcours « lunettes simulation alcool et cannabis » ;

Cette activité a été choisie en accord avec les membres du groupe « addiction ». Cette animation propose aux participants d'effectuer un parcours d'obstacles en portant des lunettes simulant les effets visuels liés à un état d'ébriété. C'est une méthode ludique pour sensibiliser les individus aux dangers physiques liés à la consommation d'alcool. Cette activité permet notamment de prendre conscience de l'influence de l'alcool sur les réflexes, le repérage dans l'espace, la perception des distances, la coordination... (cf. Figure 28). Nous bénéficions d'une paire de lunette simulant un état d'ébriété équivalent à 0.5 grammes d'alcool par litre de sang et d'une seconde paire simulant l'état physique suite à une consommation de deux à quatre « joints⁵³ ».

⁵³ Nous évoquerons les limites liées à l'utilisation de ces objets dans la partie discussion.



Figure 30 – Exemple de parcours lunettes simulation alcool

(2) La « valise alcool » ;



Figure 31 – Exemple du contenu de la « valise alcool »

Composé d'un ensemble d'accessoires (différents types de verres, bouteille, éprouvette graduée...), cet outil a pour objectif de sensibiliser les participants à la notion de « verre standard » et aux écarts souvent établis entre les boissons consommées dans les établissements distribuant des boissons alcoolisées, et celles consommées au domicile ou le lieu de travail.

(3) L'identification des niveaux de risques liés à la conduite sous l'emprise de médicaments.

Cet atelier, créé par les membres du groupe « Addictions », consistait à essayer d'identifier le niveau de risque de certains médicaments soumis à prescription médicale ou en libre-service, concernant la conduite de véhicules ou d'engins de manutention.


<p>Le niveau 1</p> <p>La prise du médicament ne remet généralement pas en cause la conduite de véhicules, mais nécessite que vous soyez informé avant de prendre le volant et que vous restiez vigilant quant à une manifestation éventuelle des effets signalés dans la notice.</p>	
<p>Le niveau 2</p> <p>La prise du médicament peut remettre en cause votre capacité à conduire. Il est nécessaire de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.</p>	
<p>Le niveau 3</p> <p>La prise du médicament rend la conduite dangereuse. Avant de recommencer à conduire, demandez l'avis de votre médecin. S'il s'agit d'un médicament sans prescription médicale, demandez l'avis de votre pharmacien.</p>	

Figure 32 – Classification des niveaux de risque concernant l'usage de médicaments et la conduite

Notre intervention comprenait également la distribution de « goodies » dont un gobelet doseur rappelant les limites de consommation légales d'alcool en France, ainsi qu'un indicateur du taux d'alcool en fonction du poids (cf. Figure 31)



Figure 33 – Gobelet doseur

Ces modalités d'intervention ayant préalablement été validées par notre contact en entreprise, nous avons pu réaliser une réunion de présentation, de cadrage et de sensibilisation auprès du personnel encadrant de la structure, de la Direction et du CHSCT. Cette réunion s'est tenue le jeudi 20 juin 2019. Les modalités d'intervention ont été validées par l'ensemble des membres.

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec la structure :

- **Type d'intervention** : action de sensibilisation sur la thématique des conduites addictives ;
- **Approche mobilisée** : groupes de travail ;
- **Outils utilisés** : PowerPoint et ateliers participatifs ;
- **Durée** :
 - **Groupes de travail** : 1 heures 15 maximum par groupe ;
 - **Du projet** : estimée à 1 an ;
- **Date** : début des premiers groupes de travail prévu en septembre 2019 ;
- **Intervenants** : Infirmier de santé au travail, IPRP, psychologue du travail, médecin du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : Environ 110 salariés ;
- **Modalités de participation** : sensibilisation obligatoire.

3.1.3.4 Phase 4 – Intervention sur le terrain

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	oct-20	nov-20	déc-20
PHASE 4 – Intervention sur le terrain		90%																
Groupes de rencontres	Collaborateurs de l'entreprise Psychologue du travail Ingénieur en prévention des risques IDST																	
Élaboration d'une fiche « Observation d'un trouble du comportement »	Psychologue du travail IDST Médecin du travail Responsable du personnel																	
Entretiens de restitution	Psychologue du travail Personnel sensibilisé																	

Groupes de rencontre et élaboration d'une fiche « observation d'un trouble du comportement »

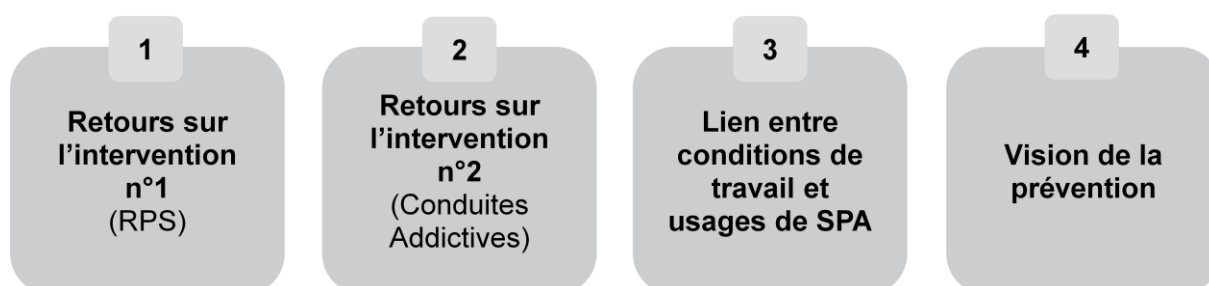
Au total, plus de 80 collaborateurs ont participé à ces interventions (cf. Illustration 1).



Illustration 1 – Ateliers de prévention des conduites addictives au sein de l'entreprise de logistique

La crise sanitaire ayant fortement impacté leur déroulement, nous n'avons pu conduire les dernières sessions, qui ont finalement eu lieu après le mois de décembre 2020⁵⁴.

Néanmoins, les questionnaires d'évaluation ont montré un taux de satisfaction de 95% avec une préférence marquée pour l'activité : « parcours lunette alcool » et la « valise alcool ». Concernant les entretiens individuels d'évaluation de la démarche auprès des collaborateurs, nous avons réalisé une campagne de mobilisation auprès de la structure. Une infographie ainsi qu'un mail d'informations ont été diffusés (cf. Annexe 28). Nous avons eu la possibilité d'obtenir trois retours téléphoniques avec deux salariés et un membre du personnel encadrant. Quatre thématiques ont pu être abordées lors de ces échanges (cf. Figure 32).



⁵⁴ La fin de notre contrat CIFRE était arrêtée au 3 janvier 2021.

Figure 34 – Thématiques abordées lors des entretiens d'évaluation pour la monographie n°1

N'ayant pas pu être enregistrés, ces échanges ont été synthétisés sous formes de notes regroupées au sein du tableau suivant (cf. Tableau 44) :

Tableau 44 – Synthèse des échanges téléphoniques

	Thématiques	Éléments de réponse	Verbatim
Échanges n°1 (salarié ayant participé aux deux interventions)	Intervention n°1 (RPS)	Projet intéressant montrant l'intérêt du collectif mais limité, doutes concernant la pérennité de l'intervention	« c'était une nouvelle façon de travailler sur une thématique compliquée » ; « je ne sais pas si ça tiendra dans le temps, ou alors il faudrait qu'on soit accompagné tout le temps »
	Intervention n°2 (CA)	Etonnement vis-à-vis de ce qui a été abordé dans les sensibilisations	« Je ne m'attendais pas à ce qu'on parle de cette thématique aussi facilement... » ; « depuis je fais beaucoup plus attention aux verres que je me sers à la maison »
		Complémentarité des approches « présentation / ateliers »	« c'est super d'avoir mis en acte ce que vous avez plus ou moins dit avec le powerpoint, je trouve ça bien d'utiliser les deux, je pense que c'est mieux »
	Lien entre conditions de travail et usages de SPA	Lien possible mais manque de sensibilisation sur le sujet	« il doit peut-être y avoir un lien entre les deux, mais je pense que peu de personnes dans l'entreprise sont d'accord, et notamment là-haut [direction] donc c'est difficile de travailler dessus » ; « je vois que j'ai des collègues qui consomment des médicaments parce qu'ils ont mal au dos à cause du boulot, mais bon on ne sait pas trop quoi faire »
La prévention	Développement de la prévention constaté à la fois dans l'entreprise et par les SSTI	« avant on avait pas l'habitude de voir autant de personnes de la médecine du travail, vous étiez là en cas de problèmes, mais maintenant ça a changé, on voit que vous êtes là pour faire de la prévention sur les risques »	
Échanges n°2 (salariée ayant participé à la 2 ^{ème} intervention)	Intervention n°1 (RPS)	Bonne communication autour du projet, attentes élevées concernant le plan d'action	« ça fait tellement longtemps que le CHSCT demandait ça, on espère vraiment que ça mènera à des changements » ; « les représentants du personnel ont bien communiqué sur le suivi du projet, je pense que c'est une bonne chose »
	Intervention n°2 (CA)	Intervention jugée satisfaisante, beaucoup d'éléments appris et retenus	« j'ai trouvé ça vraiment super, tout était très clair et on a appris beaucoup de choses » ; « le point sur les médicaments et les choses à faire quand on prend un nouveau traitement ça m'a beaucoup parlé »
	Lien entre conditions de travail et usages de SPA	Influence évidente, lien avec expérience personnelle	« moi je me suis sentie directement concernée quand on a parlé des médicaments, j'ai eu un accident de travail qui a mené à la consommation d'antidouleurs... j'ai pas eu de mal à m'en détacher, mais par contre je savais que c'était à cause du boulot, et pourtant j'en ai pas trop parlé au médecin du travail, plus à mon médecin traitant »
		Le lien est fait de façon implicite, ce qui empêche vraiment de travailler sur cette thématique	« je sais qu'il y a quelques personnes qui sont dans le même cas que moi, et pourtant on se dit toujours que c'est des cas individuels alors que finalement non, pas tant que ça... mais bon ça touche au médical tout ça, c'est difficile d'en parler, ça reste un peu tabou pour les gens [salariés] et la Direction ».
La prévention	Beaucoup plus de thématiques abordées en prévention ces dernières années	« Avant on parlait quasiment uniquement de la sécurité sur les postes, les risques physiques etc. Maintenant on parle de l'hygiène de vie, du sommeil, de l'alimentation... c'est bien dans un sens »	
Échanges n°3 (personnel encadrant ayant participé aux deux interventions)	Intervention n°1 (RPS)	Projet très complexe et fastidieux dans sa réalisation, insatisfaction ressentie face aux nombreux compromis	« c'était une expérience sociale et intellectuelle intéressante, on a beaucoup réfléchi... mais je constate qu'au final, les décisions qui ressortent du plan d'action sont surtout liées à des compromis, donc pas sûr que l'investissement tienne la route sur le long terme »
	Intervention n°2 (CA)	Etonnement vis-à-vis de la facilité d'aborder la thématique en collectif	« je ne pensais pas qu'on pourrait en parler aussi facilement, je pensais qu'on serait tous gênés comme on se connaît, mais en fait pas du tout, c'était à la fois bon enfant et sérieux, je pense que personne ne s'est senti jugé, et ça c'est important »
		Intérêt particulier pour l'outil « Nugget » (Hykade, 2014)	« la vidéo d'introduction était super intéressante, on en a reparlé avec les collègues, c'était pas super gai mais ça fait réfléchir »
	Lien entre conditions de travail et usages de SPA	Doutes concernant le lien, possible mais ponctuel	« je ne peux pas dire que ça n'existe pas, mais est-ce que c'est une situation courante ? A quel moment doit-on considérer que c'est un sujet qui concerne tout le monde ? c'est plus là-dessus que je me questionne. En fait il y aura toujours des sujets de prévention plus « importants » qui concerneront plus de monde... »
La prévention	Constat du développement de la prévention sur plus de thématiques mais considéré comme logique	« on passe de plus en plus de temps au travail, il y a une vraie disparition des frontières entre les deux mondes, du coup ça me semble normal d'aborder des thématiques qui appartiennent aussi au monde hors travail comme le sommeil par exemple, mais c'est une bonne chose »	

Les résultats de ces échanges montrent des retours semblables concernant les interventions menées au sein de l'entreprise :

(1) Retours sur l'intervention n°1 :

L'intervention en prévention des RPS a suscité des retours mitigés au sujet de la pérennité de la démarche et du plan d'action. En effet, les échanges réalisés témoignent d'un projet intéressant car ayant mobilisé un collectif de travail représentatif du personnel. Cependant, les participants avancent également des réserves sur la réalisation des actions, et notamment des actions envisagées sur le long terme. Le manque d'accompagnement par le service et/ou d'implication du CHSCT et de la direction pourraient par exemple empêcher la continuité de ce projet. Les personnes interrogées considèrent que cette intervention constitue une première étape importante et intéressante, mais que la majeure partie du travail reste encore à réaliser. Ils identifient notamment des contraintes organisationnelles, temporelles et sociales qui pourraient empêcher sa bonne réalisation. En effet, ces derniers ont conscience que les projets de transformation sur le long terme sont exposés à des réalités de terrain. Ils dépendent notamment des directives de l'entreprise et plus largement des logiques impulsées par la direction européenne et internationale du groupe. Pour pérenniser les actions de transformation, une implication collective constante leur semble nécessaire.

(2) Retours sur l'intervention n°2 :

Les retours établis concernant la deuxième intervention témoignent d'une satisfaction générale. Nos interlocuteurs ont souligné la pertinence d'une intervention basée sur la complémentarité de l'approche « théorique et pratique ». Les échanges ayant été réalisés plusieurs semaines après les sensibilisations, nous avons également identifié que nos interlocuteurs avaient retenu diverses informations transmises lors de ces rencontres. Ces temps d'échanges semblent avoir permis de mettre en lien différents éléments relatifs à la consommation de SPA, tels que l'usage de médicaments et d'alcool et les risques associés en milieu de travail via les ateliers participatifs.

(3) Retours sur le lien entre conditions de travail et usages de SPA :

Nous constatons des postures différentes concernant le lien établis par nos interlocuteurs entre conditions de travail et usages de SPA. D'une part, tous considèrent que cette thématique est complexe à aborder, notamment en entreprise pour différentes raisons (tabou pour les salariés et de la direction, problématique majoritairement extraprofessionnelle, singularité de ces situations). D'autre part, une partie d'entre eux estime que la difficulté liée au développement de la prévention est liée à l'aspect individuel de cette problématique. En effet, ils admettent que la dégradation des conditions de travail puisse être à l'origine de consommation, mais que cette situation reste rare et ponctuelle, l'empêchant ainsi de prendre de l'importance au regard des politiques de sécurité. Pour autant, certains des répondants estiment que le monde de l'entreprise manque de prévention autour de ce sujet. En effet, d'après les retours d'expériences, certains salariés auraient été concernés par ce type de problématique. Nous constatons ici un lien plausible entre les propos recueillis et les phénomènes que nous avons mis en lumière dans le cadre de notre premier axe d'étude concernant la l'impact de la culture, de l'institution et des représentations centrées sur l'individu concernant les conduites addictives.

(4) Retours sur la prévention :

Enfin, l'ensemble des échanges indique l'observation du développement des thématiques abordées dans le cadre de la prévention, et particulièrement sur le rôle des SSTI en entreprise. Selon les propos recueillis, la diversité des thématiques de prévention serait liée à l'apparition de nouveaux acteurs en SSTI ou au développement de nouvelles compétences. Cela aurait notamment pour effet de situer la prévention dans des actions relevant de la prévention primaire. La complexité du monde du travail et les mutations qu'elle engendre sur les sphères professionnelle et extraprofessionnelle semblent également jouer un rôle dans l'apparition de thématiques de prévention.

Nous sommes conscients que les échanges recueillis suite à nos interventions ne peuvent se prêter à une généralisation. Ils nous ont cependant permis de mettre

en lumière plusieurs faits sur la façon dont sont perçus notre objet de recherche, les actions de prévention en entreprise et leur pérennisation.

En parallèle des groupes de sensibilisation, nous avons accompagné l'entreprise dans la rédaction et la mise en place d'une fiche d'observation d'un trouble du comportement. Cette fiche est largement inspirée du modèle issu du groupe de travail « Addictions – Département de l'Oise » (cf. Annexe 29 et partie : « *Groupe de travail Addictions – Département de l'Oise* »). Nous avons également contribué à la rédaction d'un « protocole de conduite à tenir face à un état anormal ». Ce dernier est disponible en annexe (Annexe 30).

3.1.4 Limites et apports de la monographie n°1

Cette première monographie est la plus longue et la plus conséquente. En effet, elle s'est étendue sur un peu plus de trois années et a été le théâtre de deux interventions. Une première ciblée sur le diagnostic et la prévention des risques psychosociaux, et une seconde sur la sensibilisation des conduites addictives en milieu de travail. A travers les différentes phases que nous avons traversées, nous avons identifié certaines limites à notre intervention globale.

2.1.4.1 Limites

En premier lieu, nous avons constaté le caractère chronophage lié à la réalisation des deux interventions. Pour une entreprise de plus de cent salariés, il nous a effectivement fallu organiser nos actions sur une durée très étendue. La principale contrainte est liée au fait que les SSTI travaillent simultanément avec plusieurs adhérents sur des actions similaires. D'un autre côté, les entreprises doivent également gérer les projets internes qui peuvent parfois venir ralentir nos actions communes (audits, formations...). La complexité des thématiques abordées renforce également la contrainte temporelle à laquelle nous avons dû faire face. En effet, nous considérons nécessaire de définir et de sensibiliser les membres de l'encadrement puis les collaborateurs des structures adhérentes pour organiser nos interventions. Ces temps de rencontre, d'échanges puis de sensibilisation représentent un pré-requis essentiel mais chronophage.

Une seconde limite a été identifiée au niveau de notre première intervention portant sur le diagnostic et la prévention des RPS. La méthodologie privilégiée (groupes de travail) nous a questionnés sur la pertinence et la bonne représentation

des situations à risque. Néanmoins, elle nous a semblé être la meilleure solution afin de concilier représentativité et faisabilité d'un point de vue organisationnel et temporel.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté qu'il avait été complexe pour nous d'établir un lien direct entre les situations observées dans le cadre de notre première intervention (RPS) et les conduites addictives. Même si nous avons pu par la suite organiser une seconde intervention portant sur cette thématique, leur mise en lien avec les conditions de travail n'a pu être abordée que lors des groupes de sensibilisation et dans le cadre des échanges *feedback*. Nous n'avons ainsi pas pu mener une action directement ciblée sur leur relation en milieu de travail.

Enfin, la dernière limite que nous avons soulignée au sein de cette monographie réside dans l'absence du médecin du travail, et notamment concernant la seconde intervention. Les raisons expliquant cette absence sont multiples. Comme nous le citons plus haut : les SSTI travaillant simultanément avec plusieurs adhérents, et le pôle médical devant assurer les entretiens, visites médicales, visites d'entreprises etc, les créneaux communs entre les différents acteurs du service sont peu nombreux. Il semble clair que la question de la charge et de l'organisation des SSTI ait joué un rôle prépondérant dans l'absence du médecin du travail. Ce constat est d'autant plus important lorsque les interventions mobilisent plusieurs fonctions. Nous avons également identifié des réticences et résistances de la part de certains membres du service concernant notre seconde action, notamment sur l'accompagnement du service dans le développement de protocoles de prévention et de sécurité lié à la consommation de SPA. L'absence du médecin du travail pourrait être justifiée par ces réserves.

Au-delà de ces limites, nous avons également souligné de nombreux apports qui concernent à la fois la structure d'intervention, le SMTVO et notre travail de recherche.

2.1.4.2 Apports pour l'entreprise

Concernant l'entreprise de logistique, notre intervention globale a permis à cette dernière d'atteindre une partie des objectifs fixés pour les années 2018 et 2019. Notre action concernant le diagnostic des RPS a permis d'établir un plan composé de diverses actions visant à réduire et/ou supprimer sur le court et long terme, les situations à risques identifiées. La création de ce plan d'action a mené à la mise à jour de leur Document Unique et donc la validité de celui-ci sur le plan réglementaire.

Notre intervention concernant les conduites addictives en milieu de travail a également offert la possibilité à l'entreprise de développer les connaissances de ses collaborateurs sur cette thématique. Elle a notamment été à l'origine d'un protocole de sécurité et de prévention en cas d'observation d'un trouble du comportement. Au final, cette première monographie illustre l'idée d'un double accompagnement en matière de prévention et de promotion de la santé au travail.

3.1.4.3 Apports pour le SMTVO

La sensibilisation réalisée et les retours dont nous avons bénéficié nous ont permis de valoriser les actions menées par le groupe de travail « addictions » en matière d'intervention. Il s'agissait d'ailleurs de la première fois que le SMTVO proposait une double intervention. Cet élément témoigne par ailleurs de la confiance accordée par la structure adhérente envers notre service. Enfin, le fait d'avoir pu agir à la fois sur la question des RPS et des conduites addictives nous a permis de mobiliser différents acteurs du SMTVO et a donc offert une bonne représentation des différentes fonctions de ses acteurs.

3.1.4.4 Apports pour la recherche

Cette première monographie aura été le théâtre d'une première approche en sensibilisation des conduites addictives centrée sur les temps d'échanges et la mise en place d'ateliers participatifs. Nous avons souligné la complexité d'établir un lien direct entre les situations observées dans le cadre de notre première intervention (RPS) et les conduites addictives au sein des limites de notre intervention. Cependant, il nous semblait nécessaire de souligner que la transition entre les deux interventions s'est opérée via la mise en place du plan d'action dans le cadre de notre diagnostic des RPS. C'est notamment par l'intégration de cette action au sein de ce document que ce second projet a pu prendre forme.

Même si nous n'avons eu finalement que peu de retours sur les interventions réalisées, il nous a tout de même été possible d'aborder la question du lien entre conditions de travail et usage de substances psychoactives avec des collaborateurs de l'entreprise. Certains propos recueillis tendent d'ailleurs à rejoindre les résultats obtenus dans le cadre du premier axe de notre travail, notamment sur les aspects individuels qui sous-tendent les représentations professionnelles.

Enfin, nous avons fait le constat que les actions pluridisciplinaires internes (avec les membres du service) et externes (avec les structures de prévention locales et régionales) représentent une ressource non négligeable dans la construction d'actions de prévention (cf. Partie « Projets annexes aux interventions). En effet, le fait d'avoir eu la possibilité de mener différentes actions pluridisciplinaires en parallèle de nos interventions nous aura permis de les consolider. Nous ne manquerons pas de revenir sur cet aspect en discussion.

Cette seconde intervention en milieu de travail axée sur la prévention des risques psychosociaux et la sensibilisation du personnel aux conduites addictives nous a permis de tester une première approche. Elle a trouvé sa source dans la volonté de la structure de développer la prévention sur ces thématiques, sans problématiques identifiées préalablement concernant les usages de substances. Malgré le peu de retours obtenus par échanges, nous constatons grâce des questionnaires de satisfaction, une satisfaction générale au sujet de la seconde intervention. A travers ce premier travail, nous avons identifié les aspects contraignants et ressources en lien avec les interventions.

Synthèse :

- Aspects contraignants :

- *Caractère chronophage lié aux interventions ;*
- *Complexité des thématiques (RPS et CA) qui nécessitent un temps d'introduction et d'échanges préalable aux actions ;*
- *Complexité de proposer une intervention alliant directement la prévention des RPS et des Conduites Addictives ;*
- *Défaut de retours post-intervention ;*
- *Manque d'implication du médecin du travail.*

- Aspects ressources :

- *Travail pluridisciplinaire ;*
- *Investissement et cohésion de la part des membres du groupe de travail « Addictions » ;*
- *Relation de confiance établie entre les acteurs du service et les interlocuteurs en entreprise ;*
- *Les actions pluridisciplinaires menées avec les structures de prévention externes.*

3.2 Monographie 2 – Agence de traitement des déchets (Juin 2018 – Décembre 2018)

3.2.1 Présentation de la structure et politique de prévention

L'agence de traitement des déchets dans laquelle nous sommes intervenus est composée de 18 intercommunalités dont 3 agglomérations. Avec un effectif compris entre 200 et 250 salariés, elle gère le traitement des déchets d'une population de plus de 760 000 habitants, soit environ 458 000 tonnes de déchets traités en 2019. En matière de prévention, l'agence comprend :

- Une direction de la communication et de la prévention supervisant une personne chargée du tri et de la prévention, une chargée de communication et des salariés chargés d'animation « tri et prévention ».

- Une direction des constructions neuves, prévention hygiène et sécurité supervisant un assistant de prévention et une assistante « installation classée pour la protection de l'environnement⁵⁵ » (ICPE).

Les actions de prévention sont majoritairement centrées sur :

- L'amélioration du captage des papiers de bureau au sein des établissements publics et privés ;
- L'évaluation des risques et le développement de règles de sécurité et d'hygiène au travail pour l'amélioration des conditions de travail.

La majeure partie des actions menées par l'agence en collaboration avec le SMTVO est centrée sur le suivi de santé des salariés, l'actualisation de la Fiche Entreprise et les études de poste individuel. A ce jour, aucune intervention collective concernant la prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail n'avait été réalisée. C'est dans ce contexte que notre action s'est construite.

⁵⁵ Un assistant ICPE est chargé du suivi des contrats de maintenance et des contrôles réglementaires, sous la responsabilité de la directrice des travaux et de l'environnement. Il veille sur la mise à jour et la conformité d'une structure au regard de la nomenclature des installations classées pour la protection de l'environnement.

3.2.2 Déroulement de l'intervention – Campagne de prévention des risques liés à la consommation d'alcool

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19
PHASE 1 - Demande		100%									
Rencontre avec l'assistant de prévention	Assistant de prévention Psychologue du travail		■								
Échanges téléphoniques	Assistant de prévention Psychologue du travail			■							
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail			■							
Groupe « addictions »	Groupe « addictions »				■						
Échanges avec IDST en charge de l'entreprise	Psychologue du travail IDST					■					
PHASE 2 - Analyse de la demande		100%									
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Assistant de prévention Responsable Recrutement et Formation IDST Psychologue du travail						■				
PHASE 3 – Éléments méthodologiques		100%									
Préparation de l'intervention : - Réalisation de brochures d'information - Création d'un quiz - Inventaire du matériel	IDST Psychologue du travail						■				
Présentation de l'intervention auprès des contacts entreprise	Assistant de prévention Responsable Recrutement et Formation Directrice générale adjointe IDST Psychologue du travail							■			
PHASE 4 - Intervention sur le terrain		75%									
Sensibilisation	IDST Psychologue du travail Assistant de prévention								■		
Analyse des questionnaires de satisfaction	Psychologue du travail								■		
Restitution de l'intervention dans le cadre des journées portes ouvertes du service	IDST Psychologue du travail Assistant de prévention										■
Entretien de feedback des responsables	Psychologue du travail										■

Figure 35 – Diagramme d'intervention au sein de l'agence de traitement des déchets

La figure ci-dessus relate les différentes phases qui ont constitué notre intervention au sein de l'agence de traitement des déchets, ainsi que leur chronologie. Afin d'explicitier de façon plus détaillée chaque étape de chaque phase, nous reprendrons les différentes parties de cette figure dans la suite de notre rédaction.

3.2.2.1 Phase 1 – La demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19
PHASE 1 - Demande		100%									
Rencontre avec l'assistant de prévention	Assistant de prévention Psychologue du travail		■								
Échanges téléphoniques	Assistant de prévention Psychologue du travail			■							
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail			■							
Groupe « addiction »	Groupe « addiction »				■						
Échanges avec IDST en charge de l'entreprise	Psychologue du travail IDST					■					

Notre action trouve son origine dans le cadre d'une rencontre avec l'assistant de prévention de l'agence de traitement des déchets en juin 2018. Cette rencontre a eu lieu lors d'une demi-journée de sensibilisation organisée par SMTVO sur la thématique du Document Unique. L'assistant de prévention nous a fait part de sa volonté de développer la prévention des risques liés à la consommation d'alcool au sein de son agence. Ces premiers échanges ont donné lieu à des contacts par téléphone et par mail, afin de confirmer la volonté de l'agence de construire une action en partenariat avec le SMTVO sur cette thématique. Cependant, étant à ce moment au début de la période estivale, l'agence souhaitait programmer une intervention vers la fin du second semestre 2018.

Après avoir obtenu la confirmation par mail de notre future intervention, nous avons intégré cette demande au sein de notre logiciel interne « MEDTRA ». Nous avons par la suite communiqué ce projet d'intervention au sein du groupe de travail « addictions » en avançant les différentes informations dont nous bénéficions, pour intervenir dans le cadre de la demande formulée. Cet échange préalable à la construction de l'action nous semblait nécessaire afin de permettre :

- (1) L'identification de l'entreprise adhérente par tous les membres du groupe ;
- (2) Le recensement d'actions de prévention déjà réalisées au sein de l'entreprise :
comme nous l'avons déjà indiqué, aucune intervention collective concernant la prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail n'avait été réalisée.
- (3) L'identification d'acteurs ressources au sein de la structure.

L'infirmière de santé au travail en charge de l'agence n'étant pas intégrée au groupe addiction, nous avons pris la décision d'organiser un temps d'échange afin de lui transmettre les informations reçues lors de notre rencontre et des propos remontés dans le cadre du groupe « addictions ». Cet élément constitue la dernière étape de notre première phase d'intervention.

3.2.2.2 Phase 2 – Analyse de la demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19
PHASE 2 - Analyse de la demande		100%									
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Assistant de prévention Responsable Recrutement et Formation IDST Psychologue du travail										

Sur la base de nos premiers échanges, nous avons été sollicités par l'assistant de prévention que nous avons rencontré. Une réunion de planification a donc été organisée au sein du siège administratif de l'agence, afin de définir les modalités de notre intervention. Celle-ci s'est tenue dans la première semaine du mois d'Octobre 2018. A cette occasion, nous avons rencontré :

- La responsable recrutement et formation ;
- L'assistant de prévention de l'agence.

Ces derniers nous ont donc confirmé leur souhait de réaliser une « semaine de prévention alcool » au sein de leurs locaux. Au fil de nos échanges, nous avons pu identifier le cadre dans lequel s'inscrivait la demande initiale :

Éléments de contexte :

Ce projet fait suite à plusieurs remontées d'informations de la part de salariés témoignant avoir déjà observé des troubles du comportement auprès d'un de leurs collègues lors de prises de poste. Ces données ont conduit l'assistant de prévention ainsi que le responsable des ressources humaines à recevoir le salarié en question afin d'échanger autour de la situation. Des solutions d'accompagnement lui auraient été proposées (orientation vers le médecin traitant et structures de prise en charge spécialisée) mais elles auraient été refusées par le salarié concerné. Ce dernier considérant que les propos rapportés étaient infondés, cette réunion n'aurait abouti à aucun consensus. D'autres éléments ont pu être identifiés :

- *Cette situation était considérée comme « ponctuelle et singulière » par nos interlocuteurs ;*
- *Des tensions liées à cette situation ont été constatées au sein de l'équipe concernée ;*
- *Aucune démarche de sensibilisation sur cette thématique n'a été réalisée auparavant.*

De cette situation est née la volonté d'organiser la « semaine de prévention alcool » dont l'objectif était double :

- *Contribuer à la prévention des risques liés aux usages de l'alcool en milieu de travail et hors travail auprès de l'ensemble des salariés ;*
- *Proposer un temps d'échange avec des professionnels de santé au salarié concerné sur cette thématique.*

Dans ce cadre, nous avons rappelé la possibilité d'effectuer une visite médicale à la demande de l'employeur⁵⁶. Nos interlocuteurs nous indiquent alors y

⁵⁶ Lorsqu'un salarié présente des difficultés qui peuvent être en lien avec sa santé et qui peuvent avoir un impact sur son travail, l'employeur a la possibilité de demander une visite médicale auprès du médecin du travail. Le salarié devra être informé du motif de la visite. A l'issue de la visite médicale, le médecin du travail pourra se rapprocher de l'employeur afin de mettre en place si besoin les aménagements nécessaires au maintien dans l'emploi du salarié. Une étude de poste pourra être réalisée pour rechercher les solutions les plus adaptées à la situation du salarié et de l'entreprise (équipements ergonomiques, horaires de travail...). L'employeur sera conseillé et accompagné par le médecin et son équipe, dans le respect du secret médical.

avoir songé mais craignaient que cela crée des réticences de la part du salarié concerné.

Sur la base de ces éléments, nous avons alors proposé différentes modalités d'accompagnement :

- Notre soutien dans l'organisation d'une campagne de prévention des risques liés à la consommation d'alcool ;
- Une orientation vers le médecin du travail dans le cadre d'une visite médicale à la demande de l'employeur ;
- La possibilité de construire un projet global de prévention articulé autour de la sensibilisation des conduites addictives en milieu de travail et l'identification des facteurs de risques psychosociaux.

Le choix s'est alors limité à notre participation au sein de la semaine de prévention. Nos interlocuteurs nous ont expliqué que d'autres projets internes étaient actuellement en développement au sein de leur agence, ne laissant pas la possibilité d'en démarrer de nouveaux pour le moment. Enfin, afin de solliciter une adhésion de la part de leurs collaborateurs, ces derniers souhaitaient articuler la sensibilisation autour d'une démarche ludique. Nous avons donc convenu d'une date d'intervention prévue pour la fin d'année 2018. Une seconde réunion d'échanges a été programmée afin de présenter les modalités d'intervention que nous pouvions proposer à ce moment.

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec l'agence :

- **Type d'intervention** : ateliers de prévention des risques liés à l'usage d'alcool en milieu et hors milieu de travail ;
- **Approche mobilisée** : ludique et participative ;
- **Durée** : 4 heures ;
- **Date** : 12 décembre 2018 de 11 heures à 15 heures (horaires de changements des équipes matin/après midi) ;
- **Lieu** : base logistique nord ;
- **Intervenants** : psychologue du travail, IDST, assistant de prévention ;
- **Nombre de personnes concernées** : 151 salariés ;
- **Modalités de participation** : participation non obligatoire (volontariat).

Suite à cette première rencontre de l'équipe en charge du projet, nous avons saisi les informations retenues au sein de notre logiciel interne, et avons explicité la demande auprès du médecin du travail responsable de l'entreprise dans le cadre des réunions pluridisciplinaires du service.

Au regard des éléments dont nous bénéficions à présent, nous avons estimé pertinent d'intégrer cette intervention dans le cadre de nos monographies afin de proposer une nouvelle approche basée uniquement sur la mise en place d'ateliers participatifs.

3.2.2.3 Phase 3 – Éléments méthodologiques

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19
PHASE 3 - Éléments méthodologiques		100%									
Préparation de l'intervention : - Réalisation de brochures d'information - Création d'un quiz - Mise en place des ateliers	IDST Psychologue du travail										
Présentation de l'intervention auprès des contacts entreprise	Assistant de prévention Responsable Recrutement et Formation Directrice générale adjointe IDST Psychologue du travail										

Au regard des critères d'organisation qui nous étaient fournis, nous avons donc construit un dispositif d'intervention principalement axé sur les aspects ludiques et participatifs. Différentes brochures d'informations ont été réalisées sur la base des documents mis à disposition par le groupe « addictions ». Une brochure concernant la consommation d'alcool et de tabac a été choisie (cf. Annexe 31). Nous avons également créé un quiz afin de tester les connaissances des participants, ainsi qu'un formulaire contenant les réponses et des explications associées (cf. Annexe 32). Enfin, nous avons mis en place les différents ateliers. L'atelier : « parcours lunettes simulation alcool » a été choisi en accord avec les membres du groupe « addiction », l'IDST en charge de l'entreprise et nous-mêmes. Comme expliqué précédemment, cette animation propose aux participants d'effectuer un parcours d'obstacles en portant des lunettes simulant les effets visuels liés à un état d'ébriété. C'est une méthode ludique et démonstrative pour sensibiliser les individus aux dangers physiques liés à la consommation d'alcool. Cette activité permet notamment de

prendre conscience de l'influence de l'alcool sur les réflexes, le repérage dans l'espace, la perception des distances, la coordination... (cf. Figure 28). A ce moment, nous bénéficions d'une paire de lunettes simulant un état d'ébriété équivalent à 0.5 grammes d'alcool par litre de sang.

Nous comptons également distribuer des « goodies » dont des stylos SMTVO et un gobelet doseur rappelant les limites de consommation légales d'alcool en France, ainsi qu'un indicateur du taux d'alcool en fonction du poids.

Fin novembre 2018, nous avons présenté les activités que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de notre intervention, ainsi que la documentation associée dans le cadre d'une nouvelle réunion au sein de l'agence de traitement des déchets. Les membres suivants étaient présents :

- Assistant de prévention ;
- Responsable Recrutement et Formation ;
- Directrice générale adjointe ;
- IDST ;
- Psychologue du travail.

Ces derniers ayant donné leur accord concernant notre protocole, nous avons validé notre intervention.

Contenu de l'intervention proposé et validé :

- **Activités** : « *parcours lunettes simulation alcool* » et quiz d'évaluation des connaissances ;
- **Documents** : brochures d'informations axées sur les risques liés à l'usage du tabac et de l'alcool ;
- **Goodies** : gobelets verre doseur.
- **Autre** : questionnaire d'évaluation à remettre aux participants (cf. Annexe 26).

3.2.2.4 Phase 4 – Intervention sur le terrain

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19
PHASE 4 - Intervention sur le terrain		75%									
Sensibilisation	IDST Psychologue du travail Assistant de prévention										
Analyse des questionnaires de satisfaction	Psychologue du travail										
Restitution de l'intervention dans le cadre des journées portes ouvertes du service	IDST Psychologue du travail Assistant de prévention										
Entretien de feedback des responsables	Psychologue du travail										

Notre intervention s'est donc déroulée le mercredi 12 décembre 2018.



Illustration 2 – Intervention au sein de l'agence de traitement des déchets

Au total, 30 collaborateurs ont participé à cette demi-journée d'intervention. Les questionnaires d'évaluation montrent un taux de satisfaction de 98% avec une préférence marquée pour l'activité : « parcours lunettes alcool ». Le salarié identifié par nos interlocuteurs a également participé à cette intervention. Nous avons profité de pouvoir discuter avec les participants pour leur rappeler leur droit de demander une visite médicale sans que le motif de la demande soit précisé auprès de l'employeur, ce que la majorité des collaborateurs présents à ce moment ignorait.

Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons réaliser un entretien de feedback *a posteriori* auprès des représentants de l'agence avec qui nous avons pu travailler, en plus de notre questionnaire de satisfaction. Cette étape n'a

malheureusement pu être achevée du fait de contraintes organisationnelles au sein de l'agence de traitement. En effet, un des membres avec qui nous avons collaboré a changé de structure, l'autre membre quant à lui s'est absenté pour une durée indéterminée.

Cette intervention a eu pour suite une restitution dans le cadre des journées portes ouvertes de notre service en février 2019. L'assistant de prévention avec qui nous étions en contact a accepté d'y prendre part en relatant les différentes étapes que nous avons explicitées précédemment.

3.2.3 Limites et apports de la monographie n°2

3.2.3.1 Limites

L'intervention présentée ici constitue la plus courte des quatre monographies proposées dans le cadre de cette recherche. A travers les différentes phases que nous avons traversées, nous avons identifié certaines limites à notre intervention globale.

Le principal aspect négatif réside selon nous dans le défaut de retours en interne, concernant une éventuelle prise en charge du salarié identifié par nos interlocuteurs comme potentiellement consommateur d'alcool sur le lieu de travail. Malgré nos échanges avec le médecin du travail ainsi que nos recherches en interne, nous n'avons pas eu d'informations complémentaires concernant la prise en charge médicale liée à cette problématique.

Malgré les retours d'information et échanges que nous établissions avec le médecin du travail en charge de l'entreprise via divers canaux (échanges directs, réunions pluridisciplinaires, logiciel interne), nous n'avons pas bénéficié d'un accompagnement de ce dernier sur le lieu d'intervention pour des raisons médicales. Nous sommes conscients que sa présence aurait pu être une ressource intéressante au regard de la demande formulée.

Notre temps d'intervention s'est limité à quelques heures. Malgré l'évaluation positive de nos actions de la part des participants (cf. Annexe 33), nous pouvons supposer qu'une intervention plus longue, développant d'autres aspects liés à la prévention des usages de SPA, aurait pu être intéressante. Par exemple, une partie de notre sensibilisation axée sur l'usage de médicaments en milieu de travail aurait été pertinente auprès d'un personnel chargé de conduire des véhicules. Nous avons

également constaté que la participation non obligatoire de l'intervention ne nous a permis de rencontrer qu'un échantillon de salariés : 30 collaborateurs sur 150 estimés. Cet aspect lié aux modalités de participation évoque une réflexion d'ordre éthique et déontologique dont nous traiterons le contenu en discussion.

Enfin, les contraintes que nous avons rencontrées pour évaluer les bénéfices de notre action en milieu de travail auprès de nos interlocuteurs principaux nous ont empêchés de disposer d'un retour sur la pérennité de son efficacité.

3.2.3.2 Apports pour l'entreprise et le SMTVO

Malgré ces limites, nous avons pu identifier différents éléments qui s'avèrent être des apports intéressants dans l'amélioration des missions de prévention du SMTVO. Premièrement, l'intervention dans le cadre de la prévention des risques liés à la consommation d'alcool dans cette agence a permis une identification des « acteurs ressources » au sein de cette dernière. Inversement, les représentants avec qui nous avons travaillé ont pu mieux identifier les services de notre structure, ce qui a notamment permis le développement d'autres projets visant à contribuer à la prévention des risques suite à notre intervention (études de poste des personnels administratifs en 2019, accompagnement dans la gestion de la crise sanitaire en 2020...).

Deuxièmement, les retours « à chaud » obtenus via le questionnaire de satisfaction (cf. Annexe 33) et échanges avec nos interlocuteurs ont souligné une intervention de qualité. Cette Action en Milieu de Travail (AMT) aura notamment permis le développement de la communication des services proposés par le SMTVO dans le cadre d'événements organisés auprès des adhérents (ex : journées portes ouvertes, matinale de prévention...).

Même si cette intervention fut limitée dans le temps, elle aura tout de même permis d'initier un premier espace d'échange, autour de la question des risques liés à la consommation d'alcool en milieu de travail auprès des collaborateurs de l'entreprise. Au sein d'un cadre temporel limité, nous avons axé notre intervention sur la prise en compte des risques liés aux usages de l'alcool. Si nous n'avons traité qu'un aspect faisant partie des conduites addictives, nous avons tout de même réussi à instaurer une réflexion autour de cette thématique auprès des collaborateurs. Concernant la problématique identifiée au préalable (potentielle consommation d'alcool sur le lieu de travail), nous espérons pouvoir proposer

d'autres actions, peut-être plus adaptées aux problématiques individuelles à nos interlocuteurs (orientation médecin du travail, suivi régulier...).

3.2.3.3 Apports pour la recherche

Concernant notre travail, nous avons eu la possibilité d'organiser une intervention dans un cadre temporel extrêmement limité, et où les critères d'organisation étaient également « stricts ». Axée sur une sensibilisation « pratique et ludique », nous avons dû faire preuve d'une certaine adaptation afin d'obtenir un compromis entre qualité et faisabilité. Les modalités de cette monographie étant différentes de la première, nous ne manquerons pas de faire un retour sur l'apport de leur comparaison en discussion.

Cette seconde intervention en milieu de travail, axée exclusivement sur la prévention des risques liés à la consommation d'alcool, nous a permis de tester une autre méthode de sensibilisation. Elle a trouvé sa source dans l'identification d'une consommation d'alcool potentielle sur le lieu de travail pour un salarié. Après avoir échangé avec les représentants de l'agence qui nous ont contactés, nous avons développé une intervention sur la base de leurs critères. Au regard des résultats des questionnaires de satisfaction (cf. Annexe 33), la courte intervention réalisée a été appréciée par l'ensemble des collaborateurs et a permis le développement d'autres projets avec cet adhérent. Au même titre que pour la première monographie réalisée, nous avons identifié certains aspects contraignants et des éléments ressources en lien avec cette intervention.

Synthèse :

- Aspects contraignants :

- *Défaut de retour concernant la prise en charge du salarié potentiellement concerné par la consommation d'alcool sur le lieu de travail ;*
- *Manque de participation du médecin du travail ;*
- *Intervention limitée dans le temps ;*
- *Défaut d'évaluation de la pérennité de l'intervention.*

- Aspects ressources :

- *Identification des acteurs clés pour la prévention (à la fois pour l'agence de traitements des déchets et pour le SMTVO) ;*
- *Développement de la communication des actions de prévention auprès des adhérents du service ;*
- *Action de prévention des risques liés à la consommation d'alcool au sein d'une structure n'ayant pas développé cette thématique auparavant.*

3.3 Monographie 3 – Entreprise de production d’emballages en plastique (Avril 2018 – Décembre 2020)

3.3.1 Présentation de la structure

Ce site de production d’emballages fait partie d’un groupe international présent dans plus de 45 pays. Avec un effectif de 74 salariés (2019), le site gère la production de différents types d’emballages plastiques (systèmes d’emballage, bouteilles, bouchons, pièces moulées par injection, préformes, tubes...). Ces derniers sont ensuite redistribués au sein des entreprises de production de nombreux produits (alimentaires, cosmétiques, pharmaceutiques...). Le site sur lequel nous sommes intervenus est composé de plusieurs secteurs :

- Administratif ;
- Magasin ;
- Recherche et développement ;
- Qualité ;

- Réception ;
- Production.

En matière de prévention, l'agence comprend un service Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement (QHSE) et Amélioration Continue (AC) composé de deux salariés. Les actions de prévention sont particulièrement centrées sur les aspects « hygiène et sécurité ». Au 24 juillet 2018, le règlement intérieur indiquait différents points relatifs à la sécurité des salariés. Cette version intégrait également des modalités relatives au contrôle de l'alcoolémie par alcootest pour les postes étant considérés comme « à risques⁵⁷ ». Enfin, l'accord de négociation annuelle obligatoire (NAO) de 2019 énonçait la thématique de la prévention des risques psychosociaux au sein du site.

La majeure partie des actions menées par cette entreprise en collaboration avec le SMTVO est centrée sur le suivi de santé des salariés. A ce jour, aucune intervention collective concernant la prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail n'avait été réalisée. C'est dans ce contexte que notre action s'est construite.

⁵⁷ Tout poste de travail comportant une activité susceptible de mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres salariés ou de tiers, ainsi que tout poste de travail comportant le contrôle d'une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de salariés ou de tiers.

3.3.2 Déroulement de l'intervention – Analyse et prévention des Risques Psychosociaux

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	oct-20	nov-20	déc-20								
			PHASE 1 - Demande		100 %																																												
Échanges avec le médecin du travail en charge de l'entreprise	Médecin du travail Psychologue du travail																																																
Échanges téléphoniques	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail																																																
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail																																																
PHASE 2 - Analyse de la demande		100 %																																															
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail Directeur du site Responsable QHSE CHSCT Médecin du travail																																																
PHASE 3 - Éléments méthodologiques		100 %																																															
Diffusion d'exemples d'outils et échanges par mail	Psychologues du travail Responsable du personnel Médecin du travail																																																
Recueil d'informations sur l'entreprise	Psychologues du travail Responsable du personnel																																																
Visite du site	Psychologues du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC																																																

La figure ci-dessus relate les différentes phases qui ont constitué notre troisième intervention ainsi que leur chronologie. Afin d'expliciter de façon plus détaillées les différentes étapes de chaque phase, nous reprendrons les différentes parties de cette figure dans la suite de notre rédaction.

3.3.2.1 Phase 1 – La demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	
PHASE 1 - Demande		100%																			
Échanges avec le médecin du travail en charge de l'entreprise	Médecin du travail Psychologue du travail																				
Échanges téléphoniques	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail																				
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail																				

Notre troisième intervention a trouvé son origine dans le cadre d'un échange que nous avons eu avec le médecin du travail en charge de l'entreprise. Ce dernier nous a indiqué qu'il serait intéressant pour la structure d'envisager un diagnostic de prévention des risques psychosociaux. En effet, il nous explique que le site en question connaît un historique complexe : plusieurs Plans de Sauvegarde à l'Emploi (PSE) sur la dernière décennie, la fermeture d'un site proche en 2012 et de nombreux actes de grève. Dans ce cadre, le médecin du travail avait contacté la responsable des ressources humaines (RRH) du site afin de proposer un accompagnement de la part du SMTVO. Celle-ci y avait répondu favorablement.

Suite à cela, un bref échange téléphonique avec la RRH nous avait permis de confirmer la volonté de l'entreprise de travailler sur cette thématique. Une réunion de rencontre avec différents acteurs de l'entreprise fut programmée au mois d'avril 2018 car la structure était à ce moment en période d'audit. Suite à ce premier échange, nous avons intégré cette demande au sein de notre logiciel interne.

3.3.2.2 Phase 2 – Analyse de la demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	
			PHASE 2 - Analyse de la demande		100%																
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Responsable Ressources Humaines Directeur du site Psychologue du travail Responsable QHSE/AC CHSCT Médecin du travail																				

En avril 2018, sur la base de nos premiers échanges, une réunion de rencontre a donc été organisée au sein de la structure afin de définir les modalités de notre intervention. A cette occasion, nous avons rencontré :

- La RRH ;
- Le Directeur du site ;
- Le responsable QHSE/AC ;
- Les membres du CHSCT.

Au fil de nos échanges, nous avons pu identifier le cadre dans lequel s'inscrivait la demande initiale :

Éléments de contexte :

Ce projet s'inscrit dans le cadre des obligations réglementaires concernant l'intégration des RPS au sein du Document Unique (article L. 4121-2 du Code du travail). Cette intervention a notamment été plusieurs fois demandée par le CHSCT.

Au-delà de ces éléments, nos interlocuteurs ont souligné plusieurs aspects importants à prendre en compte dans la mise en place de ce projet :

- *De fortes résistances seraient à prévoir de la part de certains salariés ;*
- *L'ancienneté élevée pourrait s'avérer être un frein au changement ;*
- *Il existe plusieurs problématiques de conflits entre le personnel cadre et non cadre.*

Sur la base de ces constats, nos interlocuteurs ont décidé de se tourner vers le SMTVO afin de les aider à organiser cette intervention.

Suite à ces échanges, nous avons alors proposé d'accompagner l'entreprise dans l'identification et la prévention de situations à risque psychosocial. Cette démarche impliquait notamment de proposer des pistes d'amélioration sur la base d'un travail collectif, et de fournir une expertise afin de compléter le document unique. Un comité de pilotage fut créé, réunissant l'ensemble des membres présents à cette première réunion. Afin de définir les modalités d'intervention, nous avons proposé à nos interlocuteurs de leur transmettre plusieurs documents d'informations sur la conduite d'intervention en prévention des RPS, notamment l'outil « RPS-DU » de l'INRS (2018). Une visite de l'entreprise a également été demandée afin d'avoir une meilleure visibilité des différents postes et services de l'entreprise.

3.3.2.3 Phase 3 – Éléments méthodologiques

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	
			PHASE 3 - Éléments méthodologiques		100%																
Diffusion d'exemples d'outils et échanges par mail	Psychologues du travail Responsable du personnel Médecin du travail																				
Recueil d'informations sur l'entreprise	Psychologues du travail Responsable du personnel																				
Visite du site	Psychologues du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC																				
Comité de pilotage #1	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail Responsable QHSE / AC CHSCT																				
Envoi et signature de la proposition d'intervention	Psychologue du travail Responsable du personnel Médecin du travail																				

Comme nous l'explicitons précédemment, la phase de co-construction des éléments méthodologiques s'est amorcée via la diffusion d'exemples d'outils auprès de notre interlocuteur privilégié. Ce dernier s'est chargé de relayer ces derniers à l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de notre réunion de présentation. Suite à plusieurs échanges de mail et téléphoniques et afin de respecter la procédure définie au sein du SMTVO, nous avons rédigé une proposition d'intervention (cf. Annexe 21). Cette dernière ayant été signée par les psychologues du travail, le médecin du travail référent et les représentants de l'entreprise, nous pouvions engager notre démarche. Pour ce faire, nous avons demandé des documents afin de nous fournir des informations concernant la structure :

- Organigramme ;
- Dernière version du Document Unique ;
- Fiches de poste.

Adjoint à cela, une visite du site organisée en avril 2018 nous a permis de rencontrer les salariés et de découvrir les différents types d'activité. A l'issue de cette visite, un premier comité de pilotage fut organisé. Ce dernier avait pour objectif de sensibiliser ses membres sur la thématique des RPS, cadrer notre intervention et définir son organisation temporelle (cf. Annexe 34).

L'outil « RPS-DU » fut donc choisi comme base par le comité de pilotage afin de conduire la démarche. Cependant, à la demande de nos interlocuteurs, nous avons fait le choix d'adapter ses modalités de diffusion : l'outil a été ainsi repris et modifié sur la base de propositions réalisées par les membres du CHSCT. La version finalisée du questionnaire est disponible en annexe (cf. Annexe 35). Les modalités de passation furent définies dans le cadre de ce comité de pilotage. Il était prévu que le questionnaire soit présenté via un courrier transmis aux collaborateurs (cf. Annexe 36). Un délai d'un mois serait alors accordé afin de le remplir. Une urne scellée serait mise à disposition afin de déposer les questionnaires remplis dans une enveloppe prévue à cet effet. Enfin, les questionnaires remplis seraient récupérés par le psychologue du travail en présence de la Responsable des Ressources Humaines.

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec l'entreprise
(questionnaire) :

- **Type d'intervention** : analyse des situations à risque psychosocial et proposition d'un plan d'actions visant à les réduire/supprimer ;
- **Approche mobilisée** : questionnaire ;
- **Outil utilisé** : RPS-DU (INRS, 2018) avec modifications.
- **Durée** :
 - o **Questionnaire** : délai d'un mois pour remplir et rendre le questionnaire ;
 - o **Du projet** : estimée à 1 an ;
- **Intervenants** : psychologues du travail, médecin du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : ensemble des collaborateurs du site ;
- **Modalités de participation** : participation au questionnaire non obligatoire

3.3.2.4 Phase 4 – Intervention sur le terrain

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-17	nov-17	déc-17	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19
			PHASE 4 - Intervention sur le terrain		10%																				
Communication auprès de l'ensemble des salariés de la structure	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail Responsable QHSE																								
Suspension de l'intervention	Responsable Ressources Humaines																								

Demande 2^{ème} intervention



SUSPENSION DE L'INTERVENTION

Notre intervention a donc débuté avec une note de communication auprès de l'ensemble du personnel. Du fait de la période estivale, la note de communication a été transmise deux fois aux collaborateurs. Malheureusement, peu après cette première action, nous avons reçu un mail de la part de la RRH du site nous informant que l'entreprise avait été choisie pour réaliser un audit imprévu sur les prochains mois. Elle nous a indiqué qu'elle nous recontacterait quand la reprise du projet serait envisageable, sans délai mentionné.

Parallèlement à cela, nous avons reçu une nouvelle demande de la part du médecin du travail concernant la même structure en juin 2018. Ce dernier nous a transféré un mail de la RRH indiquant que du cannabis avait été retrouvé au sein de l'atelier de production. Ce mail précisait que ce n'était pas la première fois que cet évènement se produisait sur le site. Nous avons eu la possibilité de joindre directement la RRH afin d'avoir plus d'informations sur la situation. Lors de ces échanges, nous lui avons proposé d'accompagner l'entreprise dans la mise en place d'un plan de sensibilisation et de prévention sur la thématique des conduites addictives. Celle-ci a accepté la proposition mais la Direction souhaitait dans un premier temps achever la première intervention de diagnostic et de prévention des RPS. Le site étant à ce moment rentré dans leur phase d'audit, nous n'avons été recontactés qu'à partir du mois d'avril 2019.

3.3.2.5 Phase 5 – Éléments méthodologiques (reprise d'intervention)

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19
			Suspension de l'intervention	Responsable Ressources Humaines		SUPENSION DE L'INTERVENTION									
PHASE 5 - Éléments méthodologiques (reprise d'intervention)		100%													
Échanges par mail	Psychologues du travail RRH Médecin du travail														
Diffusion d'exemples d'outils et échanges par mail	Psychologues du travail RRH Médecin du travail														
Comité de pilotage #2	Psychologues du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail														

Départ et remplacement de la RRH et du Directeur

Nous avons été de nouveau mobilisés à partir du mois d'avril 2019 afin de reprendre notre projet d'intervention. La RRH, qui représentait à ce moment notre interlocutrice principale, nous a annoncé son départ ainsi que celui du directeur du site et leur remplacement au mois de mai 2019. Cette dernière a établi un relai avec sa remplaçante, qui nous alors précisé nous serions recontactés à la fin de la période estivale pour poursuivre notre action. Vers la fin août 2019, nous avons eu la possibilité d'échanger avec notre nouveau contact, avec qui nous avons convenu qu'il serait nécessaire de refaire un point sur les travaux réalisés jusqu'alors. Pour ce faire, nous avons retransmis les documents qui avaient été édités lors de l'année 2018 (questionnaire, note d'information...). Nous avons souhaité organiser une nouvelle réunion de rencontre et d'échanges. Nous nous sommes donc réunis en octobre 2019. Ce second comité de pilotage nous a permis de rencontrer la nouvelle équipe de direction (directeur et RRH) ainsi que les nouveaux membres du CHSCT. Nous en avons profité pour aborder de nouveau la thématique des RPS auprès de nos nouveaux interlocuteurs et de faire l'état des lieux des actions que nous avons déjà réalisées. Des demandes de modification liées au questionnaire établi en 2018 ont été formulées. Les membres du CHSCT souhaitaient qu'une question relative à la consommation de SPA soit intégrée au sein du questionnaire. La Direction étant

opposée à cette idée, nous avons tenté de trouver un compromis sur cet aspect en proposant que la thématique soit abordée dans le cadre d'une seconde intervention portée spécifiquement sur la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Nous en avons également profité pour définir de nouvelles modalités de communication et de participation. En effet, nous avons conservé le mode de recueil de données par questionnaire auto-administré. Cependant, nous avons trouvé pertinent de réaliser des réunions de sensibilisation à la thématique des RPS auprès des collaborateurs. La nouvelle version du questionnaire est disponible en annexe (cf. Annexe 37). Ces réunions nous ont permis de présenter et de distribuer le questionnaire. Les modalités de recueil sont restées identiques à celles établies en 2018.

Synthèse du nouveau cadre d'intervention défini en collaboration avec l'entreprise (questionnaire) :

- **Type d'intervention** : analyse des situations à risques psychosocial et proposition d'un plan d'actions visant à les réduire/supprimer ;
- **Approche mobilisée** : questionnaire ;
- **Outil utilisé** : RPS-DU (INRS, 2018) avec de nouvelles modifications.
- **Durée** :
 - **Réunion de présentation du projet** : 30 minutes par groupe ;
 - **Questionnaire** : délai d'un mois pour remplir et rendre le questionnaire ;
 - **De l'action** : estimée à 6 mois ;
- **Date** : Réunion de présentation de la démarche et du questionnaire en décembre 2019 ;
- **Intervenants** : psychologues du travail, médecin du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : ensemble des collaborateurs du site ;
- **Modalités de participation** : participation au questionnaire non obligatoire

3.3.2.6 Phase 6 – Intervention sur le terrain (reprise d'intervention)

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20	sept-20	oct-20	nov-20	déc-20	
			PHASE 6 - Intervention sur le terrain		60%							COVID-19						
Communication auprès de l'ensemble des salariés de la structure (Questionnaire)	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail Responsable QHSE																	
Passation questionnaire	Collaborateurs de l'entreprise Psychologue du travail								ANALYSE									
Comité de pilotage #3 (Restitution des résultats du questionnaire)	Psychologue du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail																	
Comité de pilotage #4 (Organisation des entretiens)	Psychologue du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail																	
Communication auprès de l'ensemble des salariés de la structure (Entretiens)	Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail Responsable QHSE																	
Passation des entretiens	Collaborateurs de l'entreprise Psychologue du travail																	
Comité de pilotage #5 (Restitution des résultats des entretiens)	Psychologue du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail																	
Réunion plan d'action	Psychologue du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail																	
Restitution plan d'action	Psychologue du travail Responsable du personnel Responsable QHSE / AC CHSCT Médecin du travail																	
Intervention de sensibilisation sur les conduites addictives...																		

Ainsi, nous avons pu organiser une campagne de communication auprès des collaborateurs de la structure. Plusieurs réunions ont été organisées entre décembre 2019 et janvier 2020. Lors de ces rencontres, nous en profitons pour faire le point sur la notion de RPS avant de présenter le questionnaire. Les questionnaires ont été diffusés et récupérés au sein de l'urne scellée prévue à cet effet en mars 2020. Au total, 36 questionnaires ont été recueillis, soit 48% de l'effectif total de l'entreprise. Ils ont été analysés pendant la période de confinement liée à la pandémie COVID-19. Un comité de pilotage a été organisé afin de présenter les résultats et d'envisager les

suites de la démarche. Les analyses soulignaient notamment des problématiques sociales et communicationnelles liées au manque de reconnaissance et à la maîtrise des émotions tels qu'ils sont explicités au sein de l'outil « RPS-DU » de l'INRS (2018). Le support de restitution est disponible en annexe (cf. Annexe 38). Le peu de réponses ouvertes obtenues dans le cadre des questionnaires nous a amenés à considérer la réalisation d'entretiens, afin d'obtenir plus de renseignements sur les situations expliquant les résultats. Un second comité de pilotage a ainsi été organisé en août 2020 afin de prévoir les modalités de réalisation des entretiens (cf. Annexe 39).

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec l'entreprise
(entretiens) :

- **Type d'intervention** : analyse des situations à risques psychosocial et proposition d'un plan d'actions visant à les réduire/supprimer ;
- **Approche mobilisée** : entretiens ;
- **Outil utilisé** : Résultats du questionnaire.
- **Lieu de passation** : au sein de l'entreprise dans un espace dédié ;
- **Durée** :
 - o **Entretiens** : 45 minutes ;
 - o **De l'action** : estimée à 3 mois ;
- **Date** : Mail d'information aux collaborateurs en septembre ;
- **Intervenants** : psychologues du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : 15 ;
- **Modalités de participation** : sélection des salariés sur critères (métier, âge, ancienneté, secteur) avec possibilité de refuser.

Les entretiens se sont donc déroulés en présentiel de septembre à décembre 2020. Au total, 17 entretiens ont été réalisés. Une réunion de restitution au comité de pilotage a été réalisée en décembre 2020. Grâce à ces entretiens, nous avons pu illustrer les résultats du questionnaire via des situations concrètes à propos de sept grandes thématiques, dont le contenu est détaillé au sein du support de restitution situé en annexe (cf. Annexe 40) :

- (1) **Un défaut dans la gestion de la polyvalence** : *sensation d'avoir une polyvalence subie en lien avec une problématique de sous-effectif, une répartition hétérogène des salariés sur les machines impliquant de nombreux déplacements, polyvalence centrée sur quelques individus et non sur le collectif... ;*

- (2) **Des problématiques liées aux horaires de travail** : *volonté de mettre en débat la question du rythme de travail, manque de prévention autour des risques liés au travail posté... ;*

- (3) **Un manque de reconnaissance dans le travail** : *sentiment d'inéquité au niveau de la reconnaissance salariale, manque de retours sur le travail quotidien au niveau de la chaîne hiérarchique, défaut de visibilité sur les décisions issues des négociations annuelles obligatoires... ;*

- (4) **Un défaut d'accompagnement dans la conduite du changement** : *défaut de transparence sur la stratégie de l'entreprise, impactant l'investissement du collectif, diminution de l'implication du personnel dans les processus de prises de décisions... ;*

- (5) **Un manque de soutien de la part des supérieurs hiérarchiques** : *manque de travail de cohésion des responsables envers leur équipe, impactant la qualité des relations entre collaborateurs, sentiment général d'un manque d'écoute au-delà du responsable hiérarchique direct... ;*

- (6) **Des lacunes au niveau de la communication interne** : *défaut de visibilité sur les décisions organisationnelles issues des réunions, réunion avec le chef d'atelier inexistante, communication d'informations réalisée de façon informelle (couloirs, vestiaires)... ;*

- (7) **Des problématiques liées à la prévention et la sécurité sur le plan physique** : *problématique de port de charge sur les palettes due à une étude ergonomique non aboutie, manque d'espace impliquant l'adoption de postures contraignantes sur une machine...*

Cette réunion nous a entre autres permis de faire un point sur les suites de l'intervention :

- La mise en place de réunions afin de constituer le plan d'action visant à réduire et/ou supprimer les risques identifiés lors de nos précédents recueils ;
- L'intégration et le développement d'une intervention de sensibilisation sur les conduites addictives.

Les différentes interruptions et la crise sanitaire ayant fortement impacté le déroulement de notre intervention, nous n'avons pu conduire ces différentes étapes avant la fin de notre contrat. Nous avons cependant profité de ce temps pour présenter notre collègue psychologue du travail qui se chargerait de l'accompagnement de la structure, ainsi que l'infirmière pilote du groupe de travail « addictions » de notre service, concernant la seconde intervention.

Du fait de l'inachèvement de cette démarche, aucun dispositif d'évaluation *a posteriori* n'a été développé.

3.3.3 Limites et apports de la monographie n°3

Comme nous l'avons présenté au préalable de la phase 6, cette monographie présente une intervention de sensibilisation sur les conduites addictives qui n'a pu s'initier et aboutir. Nous avons établi quelques limites qui permettent de justifier l'échec de ce projet dans le temps qui nous était imparti.

3.3.3.1 Limites

Premièrement, nous relèveront la complexité que représentait ce terrain d'intervention. En effet, le médecin du travail en charge de l'entreprise nous avait informés du passé relatif à la structure (PSE, grèves, fermeture d'un site voisin...) et des résistances que ces évènements semblaient avoir générés auprès des collaborateurs, et notamment au niveau des membres du CHSCT. Cette tendance s'est confirmée dans le cadre de notre recueil de données. En effet, nous avons largement souligné les problématiques sociales et communicationnelles présentes au sein du site. D'une certaine manière, nous pensons que ces rapports sociaux complexes ont pu impacter le bon déroulement de notre intervention. Il nous a été par ailleurs confirmé que le climat social avait été à l'origine de départs au sein du site, dont celui de la première RRH avec qui nous travaillions. Cet élément nous amène à considérer une seconde limite.

Les multiples interruptions qui ont jalonné la réalisation de notre intervention ont représenté une contrainte importante. D'origines diverses (audit, périodes estivales, absences, départs, pandémie...), elles ont contribué à un morcèlement de notre intervention et donc à une perte de dynamique. On peut également adjoindre à cela la complexité déjà évoquée, concernant les multiples interventions menées par les acteurs des SSTI. Le cumul de ces contraintes a incontestablement freiné le développement de notre intervention.

Concernant les aspects sociaux, nous avons constaté un réel changement des dynamiques relationnelles avec le remplacement de la nouvelle équipe de Direction. Les résultats des questionnaires et entretiens nous ont indiqué des tensions qui n'étaient pas présentes auparavant. Cette complexification des rapports entre instances semble également avoir joué un rôle important dans la poursuite de nos actions. Les réunions, qui par le passé étaient axées sur une dynamique d'écoute mutuelle, constituaient désormais un cadre plus intransigeant. Ce, malgré la présence d'acteurs-ressources dont le médecin du travail, certains membres du CHSCT ou encore le responsable QHSE/AC.

Travailler sur la thématique des RPS semble donc nécessiter un cadre bénéficiant d'une certaine homéostasie dans les rapports entre instances. Le défaut de compromis et de conciliation s'est avéré être un obstacle majeur pour le bon déroulement de ce projet, nous empêchant ainsi d'aboutir à une nouvelle intervention sur la question des conduites addictives dans le temps qui nous était donné.

Au regard de ces éléments, nous avons également envisagé quelques pistes qui auraient pu permettre de conduire notre intervention centrée sur les conduites addictives. Dès l'apparition de la seconde demande, nous aurions pu appuyer notre proposition d'intervention parallèle ciblée sur la prévention collective. Même si cette intervention n'aurait pas directement pris la forme d'une prise en charge des collaborateurs concernés par la consommation de SPA, il aurait été possible d'introduire cette thématique au sein de la structure.

Nous aurions également pu appuyer un choix méthodologique différent dans le cadre de notre intervention sur la prévention des RPS. En effet, peut-être que le recours aux groupes de travail pour le recueil de données (cf. monographie n°1) aurait permis un gain de temps pour une représentativité équivalente des résultats.

Néanmoins, malgré nos arguments, nous sommes restés dans une posture de conseil auprès de l'entreprise en respectant ses choix et décisions.

Pour autant, il nous semble important de noter ici que, même si cette intervention n'a pu être menée à bien sous notre responsabilité, nous avons réalisé les démarches nécessaires à sa poursuite. Pour ce faire, nous avons établi un relais avec différents acteurs du SMTVO : d'abord avec notre collègue psychologue du travail et ergonomiste, afin de poursuivre l'action de diagnostic RPS. Concernant la seconde intervention qui devait traiter la question des consommations de SPA, nous avons également présenté l'infirmière de santé au travail pilotant le groupe de travail « addictions ».

Finalement, cette monographie ne constitue pas réellement un échec dans sa réalisation, mais apparaît comme un observatoire des difficultés liées à l'intervention sociale en entreprises. De cette situation, nous en avons tirés plusieurs apports pour la structure d'intervention, le SMTVO et notre travail de recherche.

3.3.3.2 Apports pour le SMTVO et l'entreprise

Cette intervention a contribué à identifier le SMTVO comme réelle structure accompagnante auprès de l'entreprise. En effet, la pérennité des contacts établis entre médecin du travail, RRH et préventeurs, malgré le contexte organisationnel, nous a permis de confirmer notre rôle de conseillers en prévention sur le long terme. Bien que cette intervention n'ait pas été menée à son terme en notre présence, nous avons tout de même aidé la structure à répondre aux demandes réglementaires prévues par le code du travail, concernant l'analyse et la prévention des facteurs de risques psychosociaux. Le relais qui a été réalisé avant notre départ de la structure pourra permettre d'achever cet objectif.

3.3.3.3 Apports pour la recherche

Cette troisième monographie aura permis de tester une approche similaire à celle réalisée dans le cadre de la première monographie. Néanmoins, du fait des réalités du terrain relatives à des contraintes organisationnelles et sociales, nous n'avons pu mener nos interventions à leur terme. Même si, à notre sens, les monographies proposées ici ne peuvent prétendre à une généralisation des situations, il est important de souligner que les interventions sont toujours tributaires

d'un contexte spécifique. La simple reproduction d'une méthodologie ne peut être à elle seule garante de la réussite de l'intervention.

Synthèse :

- **Aspects contraignants :**

- *Morçèlement de l'intervention ;*
- *Recrudescence des changements organisationnels ;*
- *Passé de l'entreprise générant de fortes résistances au changement ;*
- *Rupture du dialogue social entre les instances.*

- **Aspects ressources :**

- *La présence continue du médecin du travail ;*
- *L'inscription des liens entre entreprise et SSTI dans la durée ;*
- *Le relais possible à d'autres acteurs du service pour faciliter la poursuite des interventions.*

3.4 Monographie 4 – Musée et monument historique (Mai 2019 – Décembre 2019)

3.4.1 Présentation de la structure

La quatrième structure au sein de laquelle nous sommes intervenus possède un statut particulier. C'est un service déconcentré de l'Etat⁵⁸ en activité depuis 22 ans. Domiciliée dans l'Oise, elle est spécialisée dans le secteur d'activité de la gestion des sites, monuments historiques et des attractions touristiques similaires. Ce statut explique d'ailleurs que cette structure bénéficie d'un accompagnement d'un service de santé au travail interentreprises plutôt que des services de médecine de prévention spécifique à l'administration d'État. En 2019, la structure comptait 120 salariés répartis sur deux sites :

- Un site situé dans l'Oise (100 salariés) ;
- Un site situé dans l'Aisne (20 salariés).

Les activités de la structure sont réparties sur plusieurs services :

⁵⁸ Les services déconcentrés de l'État sont : « *les services qui assurent le relais, sur le plan local, des décisions prises par l'administration centrale et qui gèrent les services de l'État au niveau local. Ils regroupent plus de 95% des agents de l'État. Ils ne doivent pas être confondus avec les services des collectivités territoriales, qui sont eux décentralisés, et dont les agents appartiennent à la fonction publique territoriale et non à celle de l'État* » (L'administration territoriale de l'Etat | collectivites-locales.gouv.fr, s. d.)

- Administratif ;
- Support ;
- Accueil et surveillance ;
- Jardin ;
- Ateliers et travaux ;
- Conservation.

En matière de prévention, la structure ne bénéficie d'aucun chargé de prévention. Les actions menées dans ce domaine sont majoritairement conduites par le service des ressources humaines. Au même titre que pour la seconde monographie, la majeure partie des actions menées par l'agence en collaboration avec le SMTVO est centrée sur le suivi de santé des salariés, l'actualisation de la Fiche Entreprise et les études de poste individuel. A ce jour, aucune intervention collective concernant la prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail n'avait été réalisée. C'est dans ce contexte que notre action s'est construite.

3.4.2 Déroulement de l'intervention

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20
			PHASE 1 - Demande		100%													
Matinale de prévention "Conduites Addictives"	Référente Formation Psychologue du travail																	
Échanges téléphoniques	Référente Formation Psychologue du travail																	
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail																	
Échanges avec IDST pilote du GT "addictions"	Psychologue du travail IDST																	
PHASE 2 - Analyse de la demande		100%																
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Référente Formation Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail IDST																	
PHASE 3 - Éléments méthodologiques		100%																
Groupe « addictions »	Groupe « addictions »																	
Constitution d'un groupe de travail "Intervention QVT"	Médecin du travail IDST IPRP Psychologue du travail																	
Préparation de l'intervention : - Réalisation de brochures d'information - Création d'un quiz - Création de divers ateliers (travail sur écran, alimentation, sommeil, conduites addictives)	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Présentation de l'intervention auprès des contacts entreprise	Référente Formation Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail IDST																	
PHASE 4 - Intervention sur le terrain		100%																
Intervention QVT	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Analyse des questionnaires de satisfaction	Psychologue du travail																	
Restitution de l'intervention dans le cadre de la journée de fin d'année du service	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Entretien de feedback des responsables	Psychologue du travail																	

Figure 37 – Diagramme de l'intervention de sensibilisation sur la thématique des conduites addictives au sein du musée et monument historique

3.4.2.1 Phase 1 – La demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20
			PHASE 1 - Demande		100%													
Matinale de prévention "Conduites Addictives"	Référente Formation Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail																	
Échanges téléphoniques	Référente Formation Psychologue du travail																	
Intégration de la demande au sein du logiciel interne	Psychologue du travail																	
Échanges avec IDST pilote du GT "addictions"	Psychologue du travail IDST pilote GT « Addictions »																	

La demande d'intervention auprès de cette structure a été formulée lors de notre matinale de prévention sur la thématique des conduites addictives à destination des adhérents du SMTVO (cf. Partie : « Matinale de prévention sur la thématique des conduites addictives »). A l'occasion de cet événement, nous avons rencontré la référente Formation et la responsable des ressources humaines. Ces dernières nous ont informés qu'elles souhaitent développer la prévention sur la thématique des addictions auprès de leurs collaborateurs à partir de l'année 2019. Nous avons donc été recontactés en avril 2019 afin de prévoir une première rencontre. Suite à ces échanges, nous avons intégré cette demande au sein de notre logiciel interne. Nous en avons profité pour informer l'infirmière de santé au travail en charge du groupe de travail « addictions ».

Précisons ici que le médecin du travail en charge de la structure quittait le SMTVO, un autre médecin allait ainsi être assigné à cette entreprise dans les semaines à venir. L'intégration de la demande au sein de notre logiciel interne permettait ainsi de conserver les diverses informations relatives au futur projet d'intervention. Le médecin du travail désigné pour la structure pourrait donc par la suite y avoir accès, afin de comprendre la logique dans laquelle s'inscrivait cette demande.

3.4.2.2 Phase 2 – Analyse de la demande

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20
PHASE 2 - Analyse de la demande		100%																
Rencontre de l'équipe en charge du projet au sein de l'entreprise	Référente Formation Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail IDST pilote GT « Addictions »																	

En compagnie de l'infirmière de santé au travail pilote du groupe « addictions », nous avons rencontré nos interlocutrices en mai 2019. Cette réunion nous a permis de souligner plusieurs éléments qui sous-tendaient la demande initiale :

Éléments de contexte :

Ce projet fait suite à plusieurs remontées d'informations de la part de salariés témoignant avoir déjà observé des troubles du comportement auprès d'un de leurs collègues lors des prises de poste. Cette problématique aurait été signalée depuis plus d'un an sans qu'aucune action n'ait été mise en place. Une « charte alcool » serait mise en place depuis plusieurs années sans qu'elle n'ait d'impact direct. D'autres éléments nous ont également été communiqués :

- *Certains responsables auraient déclaré avoir à plusieurs reprises « senti des odeurs de cannabis » auprès de certains membres de leurs équipes ;*
- *Les jeux d'argents en ligne seraient également très présents au sein des collaborateurs de certains services ;*
- *Les responsables auraient tenté de communiquer auprès des collaborateurs sur le sujet, ce qui aurait provoqué des conflits en interne.*

De ces éléments est née la volonté d'organiser une action ciblée sur les conduites addictives pour :

- *Contribuer à la prévention des risques liés aux usages de substances et aux comportements en milieu de travail et hors travail auprès de l'ensemble des salariés ;*
- *« Inviter » le salarié concerné à échanger avec des professionnels de santé sur cette thématique.*

Dans ce cadre, nous avons rappelé la possibilité de demander une visite médicale à la demande de l'employeur. Nos interlocutrices nous indiquent alors y avoir songé mais craignaient que cela renforce les conflits liés aux premières tentatives d'échanges. Elles souhaitent organiser une action ciblée sur cette thématique mais s'estimaient « bloquées » face à la réticence que semblaient provoquer cette idée auprès des collaborateurs. Sur la base de ces éléments, nous avons alors proposé différentes modalités d'accompagnement :

- Notre soutien dans l'organisation d'une campagne axée sur le développement de la Qualité de Vie au Travail⁵⁹ (QVT) incluant une sensibilisation sur la thématique des conduites addictives ;
- Une orientation vers le médecin du travail dans le cadre d'une visite médicale à la demande de l'employeur ;
- La possibilité de construire un projet global de prévention, articulé autour de la sensibilisation des conduites addictives en milieu de travail et l'identification des facteurs de risques psychosociaux.

La décision de la direction s'est portée sur l'organisation d'une campagne « QVT » au sein de la structure. Le projet global de prévention sur les RPS et les conduites addictives leur semblait également intéressant, mais d'autres projets internes étaient actuellement en développement au sein de leur agence, ne laissant pas la possibilité d'en démarrer de nouveaux pour le moment. Nous avons donc convenu d'une date d'intervention prévue pour la fin d'année 2019. Au regard du caractère novateur de cette intervention pour le SMTVO⁶⁰, nous avons décidé qu'un travail de préparation et des échanges réguliers seraient essentiels préalablement à sa réalisation. Quelques semaines de préparation ont été nécessaires au développement du contenu de notre intervention, avant d'envisager une seconde réunion de présentation de notre action.

Suite à cette première rencontre de l'équipe en charge du projet, nous avons saisi les informations retenues au sein de notre logiciel interne. Au regard des éléments dont nous bénéficions à présent, nous avons estimé pertinent d'intégrer cette intervention dans le cadre de nos monographies, afin de proposer une nouvelle approche basée sur l'intégration de la sensibilisation des conduites addictives au sein d'une campagne de prévention axée sur la qualité de vie au travail.

⁵⁹ La QVT est composée d'un ensemble de conditions dans lequel les salariés exercent leur travail. Leur possibilité d'expression et d'action sur le contenu de leur travail détermine la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte (ANI, juin 2013). On y retrouve ainsi les aspects relatifs à l'environnement de travail, les conditions d'emploi, les conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (travail posté, horaires atypiques...), les aspects sociaux (soutien managérial et collectif...), et le contenu du travail (autonomie, valeur, compétences...) (ANACT, 2016, p.2).

⁶⁰ Aucune intervention de ce type n'avait été réalisée auparavant par le SMTVO.

3.4.2.3 Phase 3 – Éléments méthodologiques

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20
			PHASE 3 - Éléments méthodologiques		100%													
Groupe Addiction	Groupe Addiction																	
Constitution d'un groupe de travail "Intervention QVT"	Médecin du travail IDST IPRP Psychologue du travail																	
Préparation de l'intervention : - Réalisation de brochures d'information - Création d'un quiz - Création de divers ateliers (travail sur écran, alimentation, sommeil, conduites addictives)	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Présentation de l'intervention auprès des contacts entreprise	Référente Formation Responsable Ressources Humaines Psychologue du travail IDST																	

Une réunion avec les membres du groupe « addictions » a été organisée en juin 2019 suite à notre réunion de cadrage. Cette réunion nous a permis d'établir le contenu de notre intervention concernant la thématique des conduites addictives. Dans le cadre de notre groupe « Addictions », nous avons bénéficié de ce temps d'échange pour définir les acteurs qui interviendraient principalement au sein de la structure. Sur l'accord de l'ensemble des membres, quatre intervenants ont été sollicités :

- L'infirmière de santé au travail pilotant le groupe (IDST) ;
- Une ingénieure en prévention des risques (IPRP) ;
- Deux Assistantes Techniques en Santé au Travail (ATST) ;
- Nous-même en qualité de psychologue du travail.

Cependant, ayant pris la décision d'intervenir sur la thématique de la QVT, nous avons jugé pertinent de créer un groupe de travail « Intervention QVT » afin de co-construire notre action avec d'autres acteurs du SMTVO. Nous avons ainsi réuni un médecin du travail⁶¹ et trois infirmières de santé au travail lors de trois réunions mensuelles. Le but de ces réunions était de proposer un programme de

⁶¹ La structure n'avait pour le moment pas été attribuée à un médecin du travail en particulier, nous nous sommes donc basés sur les disponibilités des médecins du service à ce moment.

prévention autour de différents domaines. A l'issue de ces réunions, un programme d'intervention a été proposé à nos interlocutrices (cf. Tableau 45).

Tableau 45 – Programme d'intervention « type » proposé à l'issue des réunions « Interventions QVT »

THEME	PERSONNEL	ATELIER	TEMPS (estimation)	HORAIRE TYPE	TYPE
Sommeil ou Conduites Addictives	Médecin du travail ou Psychologue du travail IDST (pilote GT « addictions»)	Conférence	20mn	10h - 10h20	GRUPE ENTIER
Conduites Addictives	IDST ATST	Quiz Test Médicaments	10mn / groupe	10h20 - 11h15	PETITS GROUPES
Alimentation	IDST IDST	Affichages Composer une assiette type (matin / midi / soir)	10mn/ personne		
Conduites Addictives	IPRP	Valise Alcool Parcours Lunettes et gobelets CO-Testeur ⁶²	30mn par groupe		
	Psychologue du travail				
	IDST (pilote GT « addictions»)				
ATST					
Poste Ecran	IPRP	Atelier régler son siège	10mn / groupe		

Ces modalités d'intervention ayant préalablement été validées par la responsable formation, nous avons pu réaliser une réunion de présentation du programme auprès de la Responsable des Ressources Humaines. Cette réunion s'est tenue en septembre 2019. Les modalités d'intervention y ont été adoptées par l'ensemble des membres.

⁶² Appareil permettant de mesurer le taux de monoxyde de carbone présent dans l'organisme.

Synthèse du cadre d'intervention défini en collaboration avec la structure :

- **Type d'intervention** : campagne de prévention « Qualité de Vie au Travail » ;
- **Approche mobilisée** : groupes de rencontre ;
- **Outils utilisés** : conférence et ateliers participatifs ;
- **Durée** :
 - **Groupes de rencontres** : 1 heures 30 par groupe ;
 - **Du projet** : 2 journées d'intervention ;
- **Date** : Octobre et Novembre 2019 ;
- **Lieu** : Siège du site ;
- **Intervenants** : 1 Médecin du travail, 3 IPRP, 4 IDST et 1 psychologue du travail ;
- **Nombre de personnes concernées** : 115 collaborateurs (ensemble de services) ;
- **Modalités de participation** : participation sur inscription (volontariat).

3.4.2.4 Phase 4 – Intervention sur le terrain

TÂCHE	ACTEURS CONCERNÉS	AVANCEMENT	déc-18	janv-19	févr-19	mars-19	avr-19	mai-19	juin-19	juil-19	août-19	sept-19	oct-19	nov-19	déc-19	janv-20	févr-20	mars-20
			PHASE 4 - Intervention sur le terrain		100%													
Intervention QVT	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Analyse des questionnaires de satisfaction	Psychologue du travail																	
Restitution de l'intervention dans le cadre de la journée de fin d'année du service	Groupe de travail "Intervention QVT"																	
Entretien de feedback des responsables	Psychologue du travail																	

Au total, sur 115 collaborateurs, 67 d'entre eux ont été inscrits. 40 salariés ont participé à ces interventions (cf. Illustration 3).



Illustration 3 – « Intervention QVT » au sein de l'entreprise

Les questionnaires d'évaluation ont montré un taux de satisfaction de 95%. Grâce à ces derniers, nous avons eu la possibilité d'identifier les points positifs et les pistes d'amélioration auprès des participants, mais aussi auprès des acteurs du service (cf. Figure 36).

FEEDBACK ENTREPRISE	POINTS POSITIFS	PISTES D'AMÉLIORATION
	Très bien merci	
	Rien à ajouter, très bien merci	
	Formation très intéressante. Permet de mettre en évidence les mauvaises habitudes	
	Formation à reconduire car très intéressante	Faire un stand sur l'addiction aux smartphones
	Stage satisfaisant et enrichissant	
	Très intéressant	
	Excellente formation très instructive et beaucoup plus utile qu'envisagée	
	...	
FEEDBACK SERVICE	POINTS POSITIFS	PISTES D'AMÉLIORATION
	Projet pluridisciplinaire mobilisant l'ensemble des pôles	Sensibiliser sur la communication / mobilisation du personnel concerné
	Action de prévention principalement primaire	
	Echanges permettant la mise en lumière de nouvelles demandes	Développer la visibilité en amont sur les aspects techniques (locaux, matériel...)

Figure 38 – Retours identifiés dans le cadre des questionnaires de satisfaction

Deux salariés – dont la personne identifiée par nos interlocutrices dans le cadre de la demande – nous ont témoigné nécessiter un accompagnement afin de travailler sur leur consommation d'alcool. Nous leur avons rappelé leur droit de demander une visite médicale sans que le motif de la demande soit précisé auprès

de l'employeur, ce qu'ils ignoraient. Nous les avons également orientés vers leur médecin traitant. Enfin, nous avons identifié ces personnes auprès du médecin du travail nouvellement en charge de la structure.

Cette intervention a eu pour suite une restitution dans le cadre de la réunion de service de 2019 organisée annuellement par le SMTVO, afin de mettre en avant l'intérêt des projets pluridisciplinaires.

Enfin, toujours dans le cadre de notre recherche, nous avons eu la possibilité de réaliser un entretien téléphonique avec notre interlocutrice principale : la responsable formation. Les thématiques abordées étaient similaires à celles établies pour la monographie n°1 (cf. Figure 32).



Figure 39 – Thématiques abordées lors des entretiens d'évaluation pour la monographie n°4

N'ayant pas pu être enregistrés, ces échanges ont été synthétisés sous forme de notes regroupées au sein du tableau suivant (cf. Tableau 46) :

Tableau 46 – Synthèse des échanges téléphoniques

	Thématiques	Éléments de réponse	Verbatim
Échanges n°1 (Responsable Formation)	Retours sur l'intervention (intervention QVT)	Approche globale fortement appréciée avec l'impression d'avoir acquis de nouvelles connaissances	« J'ai eu la possibilité de participer aux conférences à l'ensemble des stands, il y a beaucoup d'éléments que j'ai retenus, notamment sur la posture lors du travail sur écran, sur la notion de dose de bar etc. C'était très pertinent ».
		Beaucoup de retours positifs a posteriori de la part des participants	« Ces journées ont été abordées dans le cadre du CHSCT, on a eu énormément de retours positifs, les responsables des services demandent d'ailleurs à ce que ces journées soient reproduites l'année prochaine ».
		Complémentarité des approches « présentation / ateliers »	« Le mélange entre mini conférence et ateliers pratiques je pense que c'est quelque chose qui marche, ça marque un peu les esprits, on est entre « théorique et pratique », et ça s'inscrit bien dans une démarche pédagogique ».
		Étonnement vis-à-vis de l'ambiance ressentie (joyeuse) par rapport aux thématiques abordées	« On sait qu'on abordait des thématiques qui sont pas franchement gaies, et pourtant plusieurs fois j'ai constaté des rires, des sourires, de réels échanges, et j'ai trouvé ça super intéressant ! ».
	Lien entre conditions de travail et usages de SPA	Thématique qui concerne la sphère professionnelle, et que les entreprises doivent essayer de considérer malgré la complexité du monde de l'entreprise	« A mon sens oui c'est une thématique sur laquelle les entreprises devraient être plus proactives. Mais l'univers des conditions de travail est déjà tellement complexe et implique tellement d'éléments... ajouter par-dessus les conduites addictives, c'est ajouter de la contrainte, et je pense que c'est pour ça que c'est encore très compliqué »
	La prévention	Témoin du développement des actions du SMTVO depuis 2 ans	« J'ai participé à toutes vos matinales et journées portes ouvertes depuis que vous avez instauré cette dynamique, et on a trouvé ça super, c'est d'ailleurs pour ça qu'on est venus vers vous pour intervenir auprès de la structure ».
		Conscience des blocages sur certaines problématiques comme l'accès au dossier médical du médecin traitant pour les SSTI	« Il y a peut-être des blocages entre les mondes médicaux du travail et hors travail qui vous empêchent d'intervenir correctement dans la prise en charge ? Par exemple je crois que les médecins du travail n'ont pas accès aux dossiers médicaux des médecins traitants... et ça peut être un frein pour la prévention etc ».
		Impacter sur le long terme implique des interventions régulières	« On sait que les interventions comme ça sur le court terme sont intéressantes, mais on a tous la mémoire un peu courte, et je pense que pour pérenniser les changements etc, il faut un accompagnement ou au moins des interventions plus régulières ».

Les résultats de ces échanges soulignent des éléments qu'il nous semble pertinent de mettre en perspective :

(1) Retours sur l'intervention (Intervention QVT) :

Les retours établis concernant l'intervention témoignent d'une satisfaction générale. Notre interlocutrice a souligné la pertinence d'une intervention basée sur la complémentarité de l'approche « théorique et pratique ». Les échanges ayant été

réalisés plusieurs semaines après les sensibilisations, nous avons également identifié que nos interlocuteurs avaient retenu diverses informations transmises lors de ces rencontres. Ces temps d'échanges semblent avoir permis de développer un regard global au sujet de la qualité de vie au travail, l'importance que cette problématique incarne en entreprise et donc l'intérêt de la développer.

(2) Retours sur le lien entre conditions de travail et usages de SPA :

Les échanges menés sur cette thématique ont abouti à la conclusion que c'est une problématique existante et qu'il est important de pouvoir développer la prévention à ce sujet. Néanmoins, notre interlocutrice souligne la complexité relative au diagnostic des conditions de travail et le caractère chronophage des interventions dans ce domaine. Elle considère alors qu'y adjoindre la question des usages de substances psychoactive représente une difficulté supplémentaire non négligeable de par son appartenance au monde du travail et personnel. Selon elle, c'est ce qui est à l'origine des principales réticences des entreprises.

(3) Retours sur la prévention :

Concernant la prévention, la responsable formation explique avoir perçu un réel développement des actions de prévention et de communication proposées par le SMTVO. Celle-ci souligne avoir pris part à l'ensemble des matinales de prévention à destination des adhérents et rappelle que c'est dans ce cadre qu'elle nous a contactés afin de mettre en place l'intervention « QVT ». Néanmoins, elle avance le fait qu'il existe un ensemble de facteurs (politiques, économiques, organisationnels ou sociaux) qui limitent l'action des services de santé au travail. A cet effet, elle cite par exemple l'accès limité aux dossiers médicaux des médecins traitants pour les médecins du travail, ou les enjeux politiques pouvant parfois empêcher les interventions au sein de certaines entreprises demandeuses. Enfin, notre interlocutrice souligne l'importance de pérenniser les actions de prévention pour être sûr qu'elles soient efficaces sur le long terme. En effet, elle estime que les actions telles que celle que nous avons réalisée ont un effet immédiat, mais que l'enjeu de la prévention se situe dans l'accompagnement et la continuité.

3.4.3 Limites et apports de la monographie n°4

Au même titre que les autres, cette dernière monographie relate une intervention qui a pu souffrir de certaines limites que nous avons relevées.

3.4.3.1 Limites

A l'image de la monographie n°2 (au sein de l'agence de tri des déchets), la principale limite réside selon nous dans le défaut de retours concernant la prise en charge du salarié identifié par nos interlocuteurs comme potentiellement consommateur d'alcool sur le lieu de travail. Malgré nos échanges avec ces derniers et le médecin du travail ainsi que nos recherches en interne, nous n'avons pas eu d'informations complémentaires concernant la prise en charge médicale liée à cette problématique.

Nous avons également souligné le fait qu'inclure la demande d'origine (action ciblée sur la prévention des conduites addictives) au sein d'une démarche de prévention plus large, aurait pu avoir un effet édulcorant sur sa portée. Il est légitime de se questionner sur l'impact qu'aurait pu avoir une intervention exclusive sur la thématique des conduites addictives. Néanmoins, face aux réalités du terrain auxquelles nous avons été confrontés, et notamment la résistance potentielle des collaborateurs, nous avons opéré un choix stratégique afin de mener à bien notre action, celui d'intégrer la prévention des conduites addictives au sein d'une démarche de sensibilisation autour de la QVT.

Le caractère non obligatoire a selon nous constitué une troisième limite à notre intervention. Nous l'avons évoqué, le nombre de salariés concernés par notre action était de 115. Au total, seulement 40 collaborateurs ont participé à ces deux journées. Lors de nos échanges avec la responsable formation, celle-ci nous a confirmé avoir été « déçue » du faible taux de participation. Elle nous a cependant assuré que le feedback positif évoqué par les participants avait suscité un intérêt certain auprès des collaborateurs n'ayant pas pris part à l'intervention. En définitive, on peut considérer que ce faible taux de participation s'explique potentiellement par l'incertitude perçue par les salariés concernant notre action de prévention. Le fait que cet évènement soit entièrement nouveau pour la structure peut également expliquer cette faible fréquentation.

Enfin, les retours obtenus via les questionnaires de satisfaction témoignaient la volonté de voir un atelier concernant l'addiction aux *smartphones*. Cette remarque

souligne une des limites inhérentes aux interventions limitées dans le temps : le fait de ne pas pouvoir traiter l'ensemble des sujets.

Outre ces limites, nous avons également mis en lumière de nombreux apports qui concernent à la fois la structure d'intervention, le SMTVO et notre travail de recherche.

3.4.3.2 Apports pour l'entreprise et le SMTVO

Concernant la structure, il s'avère que l'intervention proposée fut une première expérience plus que satisfaisante, au regard de l'analyse des entretiens de satisfaction et des retours de la responsable formation. Le fait d'avoir suscité un intérêt particulier auprès des non participants témoigne particulièrement des bénéfices de notre intervention. La satisfaction engendrée a notamment eu comme conséquence le souhait pour l'entreprise de pérenniser les interventions sur la thématique de la QVT, en étant accompagné par le SMTVO. L'action proposée nous a notamment permis de valoriser le travail pluridisciplinaire, en impliquant tous les pôles et la majeure partie des acteurs qui les composent (médecins du travail, infirmiers en santé au travail, IPRP, ATST, psychologue du travail). Cette intervention a également permis de remarquer les bénéfices des actions de communication (matinales de prévention, journées portes ouvertes...) proposées par le service. En effet, la demande nous a été formulée par le biais de ces actions.

3.4.3.3 Apports pour la recherche

Cette dernière monographie nous aura permis de proposer une intervention basée sur une quatrième approche : proposer une sensibilisation sur la thématique des conduites addictives par le biais d'une action plus globale sur la qualité de vie au travail (Althaus et al., 2019, p.355). Malgré les limites que nous avons énoncées plus tôt, force est de constater que les choix stratégiques proposés ont abouti à une satisfaction concernant les attentes évoquées par nos interlocuteurs. En lien avec la monographie n°1 ; nous avons également constaté les bénéfices prodigués par les actions pluridisciplinaires : aussi bien avec les membres du service qu'avec les acteurs de l'entreprise. Nous ne manquerons pas d'appuyer ce propos dans le cadre de notre discussion.

Synthèse :

- Aspects contraignants :

- *Cadre temporel limité ;*
- *Résistances du personnel ;*
- *Portée limitée de notre intervention due au faible taux de participation.*

- Aspects ressources :

- *Travail pluridisciplinaire ;*
- *Investissement et cohésion de la part des membres du groupe de travail « Intervention QVT » ;*
- *Relation de confiance établie entre les acteurs du service et les interlocuteurs en entreprise ;*
- *Valorisation des actions de communication du SMTVO.*

Une synthèse de ces monographies a été réalisée afin d'avoir une vision globale de nos interventions (cf. Tableau 47).

	Monographie n°1	Monographie n°2	Monographie n°3	Monographie n°4
Activité	Logistique	Traitement des déchets	Production d'emballages plastique	Diverse (<i>jardinerie, sécurité, conservation...</i>)
Nombre de salariés	112	151	74	120
Nombre d'interventions	2	1	2	1
Demande	Diagnostic des conditions de travail	Suspensions de consommation de SPA sur le lieu de travail	Conflits au sein de la structure et consommation de SPA sur le lieu de travail	Suspensions de consommation de SPA sur le lieu de travail
Reformulation de la demande	Accompagnement de l'entreprise dans le diagnostic des risques psychosociaux, la mise en place d'un plan d'action et le développement de la prévention sur la thématique des conduites addictives	Démarche de prévention des usages d'alcool en milieu de travail	Accompagnement de l'entreprise dans le diagnostic des risques psychosociaux, la mise en place d'un plan d'action et le développement de la prévention sur la thématique des conduites addictives	Intervention sur la thématique de la Qualité de Vie au Travail
Temporalité (de la demande à la fin des actions)	3 ans	6 mois	2.5 ans	7 mois
Actions	Diagnostic des facteurs de risque psychosociaux Création d'un plan d'action Groupe de rencontre et sensibilisation sur la thématique des CA Création d'un protocole de sécurité	Ateliers de sensibilisation ludiques sur l'usage d'alcool en milieu de travail	Diagnostic des facteurs de risques psychosociaux	Groupe de rencontre et sensibilisation sur plusieurs thématiques (conduites addictives, sommeil, alimentation, gestes et postures) Orientation des personnes concernées
Nombre de salariés effectifs	+100	30	36	40
Statut des interventions	Terminées	Terminée	Intervention n°1 : arrêt au plan d'action Intervention n°2 : non commencée	Terminée
Feedback	3 entretiens téléphoniques (encadrant, personnel administratif, responsable ressources humaines)	X	X	1 entretien téléphonique (responsable formation)
Aspects contraignants	Caractère chronophage lié aux interventions Complexité des thématiques (RPS et CA) qui nécessitent un temps d'introduction et d'échanges préalables aux actions Complexité de proposer une intervention alliant directement la prévention des RPS et des Conduites Addictives Défaut de retours post-intervention Manque d'implication du médecin du travail	Défaut de retour concernant la prise en charge du salarié potentiellement concerné par la consommation d'alcool sur le lieu de travail Manque de participation du médecin du travail Intervention limitée dans le temps Défaut d'évaluation de la pérennité de l'intervention	Morçèlement de l'intervention Recrudescence des changements organisationnels Passé de l'entreprise générant de fortes résistances au changement Rupture du dialogue social entre les instances.	Cadre temporel limité Résistances du personnel Portée limitée de notre intervention due au faible taux de participation
Aspects ressources	Travail pluridisciplinaire Investissement et cohésion de la part des membres du groupe de travail « Addictions » Relation de confiance établie entre les acteurs du service et les interlocuteurs en entreprise Les actions pluridisciplinaires menées avec les structures de prévention externes	Identification des acteurs clés pour la prévention (à la fois pour l'agence de traitements des déchets et pour le SMTVO) Développement de la communication des actions de prévention auprès des adhérents du service Action de prévention des risques liés à la consommation d'alcool au sein d'une structure n'ayant pas développé cette thématique auparavant	La présence continue du médecin du travail L'inscription des liens entre entreprise et SSTI dans la durée Le relai possible à d'autres acteurs du service pour faciliter la poursuite des interventions	Travail pluridisciplinaire Investissement et cohésion de la part des membres du groupe de travail « Intervention QVT » Relation de confiance établie entre les acteurs du service et les interlocuteurs en entreprise Valorisation des actions de communication du SMTVO

Tableau 47 – Synthèse des monographies

3.5 Projets annexes aux interventions

3.5.1 Matinale de prévention sur la thématique des conduites addictives

Comme nous l'avons explicité précédemment, le SMTVO a développé les actions de communication et de prévention auprès de ses adhérents. A ce titre, de nombreuses rencontres ont été organisées au sein des locaux de Compiègne et Creil. Les thématiques abordées étaient établies sur la base d'une enquête d'analyse des besoins menée par le service auprès des adhérents. Sur la base des résultats de cette enquête, le groupe « addictions » était chargé d'organiser une demi-journée de rencontre sur la thématique des conduites addictives. Dans cette optique et avec l'accord des membres du groupe de travail, nous avons décidé de proposer une demi-journée divisée en deux temps :

(1) Un temps de conférences autour des aspects suivants :

- Définir les notions en lien avec les conduites addictives (drogue, addiction, usage, dépendance...);
- Proposer une réflexion autour du lien entre travail et conduites addictives ;
- Faire un point sur les aspects réglementaires vis-à-vis des droits et devoirs des employeurs et salariés ;
- Souligner les aspects relatifs à la pluridisciplinarité interne et externe au service :
 - o Interne en favorisant la participation de l'ensemble des acteurs du service, dans un but de définition des rôles de chaque fonction au sein du SMTVO ;
 - o Externe en donnant la parole à différentes instances locales et régionales développant des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Nous avons ainsi eu la possibilité de faire intervenir de nombreux acteurs appartenant à différentes structures en lien avec la santé au travail (Service d'addictologie du centre hospitalier de Compiègne, ANPAA, CARSAT, ISTNF).

(2) Un temps d'échanges autour d'ateliers pratiques :

- Un stand proposant le parcours « lunettes simulation alcool et cannabis », évoqué dans le cadre de notre seconde intervention menée au sein de l'entreprise de logistique ;
- Un stand axé sur la prévention de la consommation de tabac en donnant la possibilité aux participants d'obtenir le taux de monoxyde de carbone présent dans leur organisme ;
- Un stand sur l'identification des niveaux de risques liés à la conduite sous l'emprise de médicaments, également proposé au sein de l'entreprise de logistique.



Illustration 4 – « Matinale Conduites Addictives » réalisée en 2018 au SMTVO

Le programme détaillé de la demi-journée est disponible en annexe (cf. Annexe 41). Son organisation nous semble avoir présenté de nombreux bénéfices que l'on a pu identifier à plusieurs niveaux :

(1) Au niveau de notre travail de recherche ;

Par la rencontre d'acteurs de différentes instances, nous avons eu la possibilité d'échanger sur divers domaines qui gravitent autour de notre objet de recherche. Nous avons particulièrement développé nos connaissances sur les aspects réglementaires relatifs aux droits et obligations des employeurs et salariés. Ces connaissances ont pu être intégrées à la fois dans le développement de notre

cadre théorique, mais aussi sur les aspects pratiques (cf. Partie : « *Groupes de rencontre et Élaboration d'une fiche « Observation d'un trouble du comportement »* »). Nous avons également bénéficié de ce temps de rencontre avec les adhérents du SMTVO pour faire connaître notre travail de recherche, ce qui nous a donné la possibilité d'intervenir auprès de certaines structures (cf. Partie : « Monographie 4 – Musée (Mai 2019 – Décembre 2019) »).

(2) Au niveau de nos interlocuteurs externes :

La visée première de cette matinale de prévention était de pouvoir contribuer au développement des connaissances des adhérents à SMTVO sur la thématique et de les informer des différents accompagnements proposés par le SMTVO. Ce temps de rencontre a également contribué à faire le lien entre les adhérents et les acteurs de prévention externes au service, tels que les structures de prise en charge.

(3) Au niveau du SMTVO.

Cette campagne de communication impulsée par la direction du SMTVO auprès de ses adhérents a également permis d'avoir un impact au sein de notre structure. En effet, certains membres du service n'appartenant pas au groupe « addictions » ont pu assister aux conférences ou aux stands. Cela leur aura permis de développer leur connaissance sur cette thématique, et d'identifier les acteurs ressources externes au service. La présentation des actions de prévention sur la thématique des conduites addictives menées par le groupe « addictions » a également permis de refaire un point sur le rôle des différentes fonctions (médecins et infirmiers en santé au travail, préventeurs...). Son appréciation globale a notamment permis une reproduction de cette demi-journée en 2019 au sein du centre de Creil. Enfin, ce temps de rencontre nous a également permis de faire identifier notre service auprès des structures agissant dans le cadre de la santé au travail. Ce point est important car cela nous a menés à intégrer d'autres dispositifs de prévention, comme un groupe de travail régional visant l'amélioration de l'accompagnement des entreprises dans la prévention des conduites addictives.

3.5.2 Groupe de travail « Addictions – Département de l’Oise »

Ce groupe de travail est né d’une volonté de la CARSAT de développer les compétences de ses agents de terrain (contrôleurs et ingénieurs) afin qu’ils puissent apporter des réponses aux sollicitations des entreprises sur le sujet des addictions (à l’occasion des visites). Dans cette optique, elle souhaitait s’appuyer sur les acteurs de la prévention d’un territoire, celui de l’Oise, au regard des coopérations déjà en œuvre. Le SMTVO, les Services Médicaux Interentreprises Bâtiment – Travaux Publics (SMIBTP) ainsi que l’ISTNF et la DIRECCTE ont été mobilisés afin de répondre à cette demande. Les objectifs concrets de ce groupe de travail étaient les suivants :

- Faire un état des lieux des dispositifs déjà existants (études, échanges, groupes de travail, documents...) ;
- Développer une coordination des acteurs entre les différentes structures ;
- Être à l’initiative d’« outils » pouvant servir aux différentes structures (check-list, schéma, ressources documentaires, publications...).

A ce titre, quatre réunions ont été programmées entre Mai 2019 et Juin 2020. Elles ont permis la création de trois documents destinés à aider les entreprises et les services de santé interentreprises dans leur démarche de prévention des conduites addictives :

(1) Fiche « constat d’un trouble aigu du comportement » (cf. Annexe 29) ;

Ce document a pour objectif d’aider les entreprises à mettre en place les actions visant à prévenir d’un danger lié à un trouble aigu du comportement constaté chez un membre du personnel. Le but est de remplir ce document lorsque ce type d’événement se produit. Il permettra également de faire le lien entre l’entreprise et le médecin du travail. Ce document se compose de cinq parties : identité de la personne concernée, constat effectué (identité du/des témoin(s)), description de l’état anormal (check-list de critères), type de prise en charge effectuée et informations pour la transmission au médecin du travail.

Nous avons insisté sur l’importance de qualifier un « trouble aigu du comportement » englobant la possibilité d’un usage de substances.

(2) Fiche « État des lieux de la consommation avérée ou présumée de substances psychoactives (SPA) dans l'entreprise » (cf. Annexe 42) ;

Cet outil, à l'usage des employeurs, permet de réaliser un diagnostic des consommations de SPA au sein d'une entreprise. Il aborde différents points concernant les usages sur plusieurs aspects : règlement intérieur, constat de troubles du comportement, diagnostic des risques psychosociaux, document unique... Cette fiche a pour objectif de donner des indications auprès des structures de prévention, afin de faciliter leur accompagnement.

(3) Un document proposant des « cas pratiques illustrant le rôle et les moyens des préventeurs de différentes structures » (cf. Annexe 43).

Enfin, ce dernier document propose d'aborder différentes études de cas concernant la prévention des usages de substances en milieu de travail. Jusqu'alors, cinq cas pratiques étaient proposés :

- « Je souhaite mettre en place des tests de dépistage des consommations d'alcool (alcootest) ou de drogues (tests salivaires). »
- « Un salarié présente des troubles du comportement évoquant l'ivresse. Que faire ? »
- « On a découvert des joints ou des bouteilles de whisky vides dans l'entreprise. Comment réagir ? »
- « Je souhaite limiter voire interdire les usages d'alcool par les salariés dans l'entreprise. »
- « Je soupçonne qu'un AT ait été causé ou favorisé par une consommation d'alcool ou de drogues. Dois-je le déclarer ? Cela peut-il m'exonérer de ma responsabilité ? »

Pour chaque situation, le rôle de plusieurs acteurs de la santé au travail est indiqué : service de santé au travail, CARSAT et inspection du travail. L'objectif de ces cas pratiques est de pouvoir donner plus de visibilité aux employeurs sur le rôle de chaque instance et sur les aspects à considérer lorsque l'on souhaite développer la prévention sur ce sujet.

Les versions des documents présentés ici ne sont pas définitives. Elles étaient censées être diffusées aux SSTI de la région, aux agents de la CARSAT et toutes autres instances œuvrant pour la santé au travail lors du second semestre 2020. Cependant, la crise sanitaire que nous avons connue n'a pas rendu possible leur diffusion aux dates prévues.

L'intégration du SMTVO au sein de ce groupe de travail nous a semblé bénéfique sur plusieurs aspects :

(1) L'identification de nouveaux acteurs ;

Dans le cadre des différentes réunions réalisées, nous avons eu la possibilité de rencontrer et d'échanger avec de nouveaux services de santé au travail, mais également la DIRECCTE avec qui nous n'avions pas encore eu la possibilité de collaborer sur cette thématique. Ces temps de rencontre nous ont également permis de faire identifier notre service auprès des structures agissant dans le cadre de la santé au travail.

(2) Le développement des connaissances des acteurs du service dans les démarches d'accompagnement.

La mise en commun de nos expériences et compétences issues de divers domaines a permis le développement de nouvelles connaissances, et la création de documents visant à faciliter la prévention primaire (cas pratiques, état des lieux), et tertiaire (fiche de constat). C'est en partie grâce à ce groupe de travail que nous avons eu la possibilité d'accompagner les entreprises dans la mise en place de d'outils de prévention (cf. Partie « Élaboration d'une fiche « Observation d'un trouble du comportement »).

Finalement, plus que de simples missions annexes à notre travail, ces projets se sont avérés être connexes, car ils ont largement participé au développement de nos compétences et connaissances dans le domaine des usages de SPA. D'une part, ils nous ont permis de développer un regard global sur les questions de

prévention. Ces derniers sont notamment venus nourrir le développement de nos axes, et notamment celui de notre axe II. En effet, rappelons que notre quatrième monographie a été initiée à la suite de l'organisation de la matinale de prévention à destination des employeurs (cf. 3.5.1 Matinale de prévention sur la thématique des conduites addictives). D'autre part, ils ont également contribué au développement des compétences du SMTVO et à son ancrage dans la prévention des conduites addictives.

4. Discussion

Le deuxième axe de notre recherche était centré sur le développement d'actions de prévention au sein des entreprises adhérentes au SSTI, sur la thématique des conduites addictives. L'objectif de cet axe était de cerner les attentes des entreprises en matière de prévention, d'aider le personnel du SMTVO, et plus largement les acteurs en SST en matière d'outils de prévention et de sensibilisation, afin de mieux répondre aux problématiques des conduites addictives au travail. Les monographies nous ont permis de développer quatre profils d'intervention différents. Conscients des spécificités de chaque terrain étudié, notre volonté s'inscrit dans la mise en perspective des monographies. En effet, bien que nos modalités d'intervention aient été différentes, nos actions ont servi une cause principale : le développement de la prévention. Ainsi, nous proposons ici d'aborder les résultats obtenus au regard de cet objectif.

4.1 L'intervention en prévention primaire en santé au travail repose sur un ensemble de conditions

Si l'on considère l'intervention comme « *l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte particulier, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique* » (Contandriopoulos et al., 2000, p.13), alors celles centrées sur la prévention des conduites addictives sont soumises à de nombreuses conditions qui vont influencer leur efficacité. Outre les différentes étapes nécessaires à l'intervention (identification des risques et des acteurs concernés, développement d'un plan d'action, mise en place et évaluation des actions), la prévention des conduites addictives est aussi tributaire du contexte dans lequel elle s'inscrit. Nous l'avons vu, les observations tirées de nos différentes monographies ne dressent pas un portrait uniforme de leur apports et limites. Pourtant, elles s'inscrivaient toutes

dans une logique de développement de la prévention. Ce qui nous amène à nous questionner sur les conditions qui influencent favorablement la mise en œuvre des processus d'intervention, et notamment de prévention primaire.

Les travaux de Sabrina Rouat (2010, p.274), axés sur la prévention de la santé mentale au travail, font ainsi état de cinq conditions essentielles à l'émergence d'actions de prévention : l'implication du collectif, la transparence de la direction, l'adhésion des acteurs, la confrontation et la participation du personnel et des acteurs. Nous relaterons par la suite le contenu de ces facteurs et tenterons d'y apporter de nouvelles perspectives au regard de nos résultats et observations.

(1) L'implication du collectif ;

L'implication du collectif est caractérisée par son intérêt, son aptitude à questionner l'organisation et à élaborer un cadre d'intervention défini sur la base des objectifs à atteindre. Selon l'auteure, elle ne nécessite pas de partager les mêmes représentations des sources de problématiques, mais plutôt d'adopter la même vision des objectifs à atteindre. Ce postulat nous semble intéressant et mérite d'être élargi. En effet, nos interventions ont impliqué deux grandes thématiques : la question des facteurs de risques psychosociaux au regard des conditions de travail, et les conduites addictives. Au regard des différentes monographies, nous constatons un point commun important : les interventions nécessitaient toutes de bénéficier d'un minimum de connaissances partagées collectivement par l'ensemble des acteurs : direction, encadrants, représentants du personnel, collaborateurs, acteurs des SSTI... Notre première monographie est sans doute la plus représentative à ce sujet. En effet, elle représente le terrain sur lequel nous avons bénéficié à chaque intervention d'un temps d'introduction et d'échanges autour des différentes thématiques. Au regard de l'évaluation positive des différents dispositifs, nous considérons que ce temps d'introduction a pu contribuer au bon déroulement de ces interventions.

L'implication de la direction et des partenaires sociaux est également soulignée par l'auteure (Rouat, 2010, p.275). Néanmoins, elle évoque le fait que cet aspect est nécessaire mais insuffisant pour inscrire une modification des rapports

entre instances. En effet, ces dernières peuvent être impliquées dans le cadre de l'intervention mais à différents niveaux et pour différents motifs. Ces décalages représentationnels pourraient éventuellement desservir l'intervention en créant des conflits ou dissensus. Cet aspect constitue d'ailleurs l'une des différenciations majeures entre notre intervention au sein du site de logistique (monographie n°1) et celle au sein de l'entreprise de production d'emballages plastiques (monographie n°3). Effectivement, nous avons noté une implication commune et équilibrée entre la direction et les partenaires sociaux lors de notre première intervention. Les deux parties avaient des attentes et des objectifs communs, chacune concevant le fait que ces derniers étaient atteignables grâce à l'échange et au compromis. A l'inverse, les parties présentes au sein de la monographie n°3 semblaient percevoir des finalités différentes aux interventions menées ; ce malgré les temps d'introduction que nous avons sollicités. Il est donc nécessaire d'insister sur cette question du partage des représentations entre objectifs à atteindre, moyens et objets d'intervention (RPS ou conduites addictives dans notre cas). A cela, nous ajoutons également que l'implication doit également être présente auprès des acteurs de la prévention. La cohésion des acteurs des SSTI est un levier important. Elle participera entre autres à la génération d'actions de prévention globale comme nous avons pu le faire au sein du musée ou sur le site de logistique.

(2) La transparence ;

L'auteure énonce le principe de transparence de la Direction tout au long des processus d'intervention comme condition essentielle à leur réussite (Rouat, 2010, p.275). Elle consiste à impliquer le plus rapidement possible les partenaires sociaux dans le cadrage de l'intervention. La transparence semble ici être ciblée sur cette implication des acteurs de l'entreprise en amont et tout au long de l'intervention. Au regard de nos interventions, nous proposons d'élargir cette conception de la transparence. En effet, la mobilisation et l'implication des acteurs de l'entreprise est une condition essentielle à la réussite d'une intervention en prévention de la santé au travail. En ce sens, la Direction se doit effectivement d'être transparente sur ces démarches auprès des collaborateurs. Cependant, il nous semble également qu'un devoir de transparence doit être établi pour l'ensemble des acteurs au-delà de la Direction (partenaires sociaux, collaborateurs, acteurs des SSTI...). Par

transparence, nous entendons particulièrement la communication des attentes pour chaque instance. C'est aussi par cette démarche qu'il nous est possible d'aboutir à un objectif consensuel. Elle peut être facilitée par la mise en place d'un document préalable, comme la proposition d'intervention que nous avons utilisée au sein des monographies n°1 et 3 (cf. Annexe 21). Nous avons cependant conscience que malgré ces démarches, il est toujours possible que ces attentes évoluent.

Les interventions que nous avons menées nous ont conduits à observer un phénomène d'instrumentalisation⁶³ lié à cette notion de transparence, pouvant entraver la mise en place d'actions de prévention (Baril & Berthelette, 2000, p.125 ; Freeman & McVea, 2001, p.21). Pour exemple, nous citerons la monographie n°3. Axée dans un premier temps sur l'analyse des facteurs de risques psychosociaux, nous avons eu conscience des risques liés à l'instrumentalisation de notre intervention. Ce phénomène peut survenir dans un cadre où le dialogue social est dégradé, ce que les nombreux changements organisationnels semblaient avoir renforcé au sein de la structure.

Au-delà de ces éléments, nous avançons l'idée que la réussite des interventions en milieu de travail passe également par une forme de transparence de la part des acteurs des SSTI ou toute structure d'accompagnement et de conseil externe. Nous considérons qu'il est important pour ces derniers de présenter au moins deux aspects en amont des interventions :

- Le fait qu'il n'existe pas « d'intervention parfaite » en matière de prévention, et plus particulièrement lorsque l'on s'intéresse aux aspects organisationnels et sociaux. Il nous semble important d'insister sur les notions de compromis et de conciliation qui sont nécessaires au bon déroulement des actions ;
- Le fait que les solutions qui seront proposées dans le cadre des interventions trouveront leur source au sein des échanges établis entre les différentes instances des structures, et non uniquement de la part des acteurs des SSTI.

⁶³ Par « instrumentalisation », nous entendons le détournement d'un processus afin d'atteindre d'autres fins que celles initialement prévues. A titre d'exemple, cela peut être une intervention initiée en réponse à un conflit social, mais dont l'objectif final relève plutôt d'une pratique de communication que d'une réelle volonté de comprendre la situation. On y retrouve également l'utilisation partielle ou orientée de résultats d'enquête dans une logique de conforter des options de décision ou de revendication déjà présentes (Uhalde, 2008, p.97).

Ces derniers se situant en tant que conseillers et accompagnants, et non en tant que décisionnaires.

Ces deux aspects permettraient de cadrer les attentes qui animent les acteurs des structures concernant la présence d'un service de santé ou d'une structure externe. En ce sens, la transparence dont ils peuvent faire preuve favoriserait la focalisation des attentes sur le projet, et la façon dont celui-ci est conduit, plutôt que sur les intervenants.

A contrario, le défaut de transparence des différentes entités peut quant à lui conduire à des interventions « en demi-teintes » qui auront un faible impact auprès des individus concernés. Cet aspect s'est particulièrement révélé dans l'intervention menée au sein de l'agence de traitement des déchets (monographie n°2). Ce manque de transparence est selon nous principalement lié au fait que la direction n'assumait pas l'intervention, car elle mettait en cause la capacité des acteurs à établir un cadre d'échange favorisant la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Nous avons à ce moment proposé un accompagnement global sur cette thématique, mais nous avons finalement été contraints d'intervenir dans un cadre temporel limité.

(3) L'adhésion ;

L'adhésion des acteurs à la démarche est essentielle pour inscrire l'intervention dans une dimension pérenne. Selon Rouat (2010, p.277), l'adhésion des collaborateurs de l'entreprise et des acteurs responsables de l'intervention n'est pas nécessaire dès le début de l'intervention car elle peut survenir par la suite, voire *a posteriori*. Ce phénomène a été souligné dans le cadre de notre deuxième intervention auprès de l'entreprise de logistique. En effet, les entretiens de retours témoignent d'une adhésion des acteurs soit pendant la réalisation des groupes de rencontre, soit suite à ces derniers. A l'inverse, le manque d'adhésion peut être problématique pour la continuité des interventions. Celui-ci peut être observé :

- Au sein des acteurs de la structure comme cela a été le cas dans la monographie n°3, où le taux de participation à la méthodologie déployée fut

inférieur à 50%, compromettant ainsi potentiellement la représentativité des résultats ;

- Au sein des acteurs des SSTI où des résistances ont été formulées, dans le cadre de l'accompagnement de l'entreprise de logistique, sur le développement des protocoles de sécurité et de prévention concernant la consommation de SPA.

(4) La confrontation ;

La confrontation des représentations au regard de l'objet d'intervention est également une condition importante pour la réussite des interventions. Cependant, elle est tributaire de l'implication du collectif. Malheureusement, la majeure partie du temps, les acteurs engagés tendent à vouloir l'éviter. Pourtant, lorsqu'elle est réalisée dans un cadre où les conditions précédentes sont réunies, elles permettent un effet favorable indirect sur la coopération des acteurs (Rouat, 2010, p.278). A juste titre, les travaux d'Yves Clot souligne l'importance de la controverse et de la « dispute professionnelle » qu'il définit comme :

« L'organisation réglée et l'instruction d'un dossier technique dans lesquelles les points de vue divergent et sur lesquels il faut argumenter pour convaincre. Cela peut porter sur des risques pris dans le travail, des choix techniques décisifs en matière de santé ou de qualité du travail, etc. » (Clot, 2014, p.10).

C'est notamment par la concertation et la négociation des solutions pour les régler que l'intervention permettra *in fine* l'amélioration des relations sociales au sein d'une organisation (Guérin et al., 2007).

Cependant, le sujet de la santé au travail et de ses enjeux psychosociaux est devenu une préoccupation majeure ces dernières années (Sardas et al., 2011, p.69). Cette « célébrité » pousse aujourd'hui les entreprises à développer des actions pour la prévention. Cependant, force est de constater que les difficultés liées à délimiter les enjeux et objectifs pour les acteurs constituent une contrainte dans l'engagement d'actions efficaces, qu'elles soient préventives ou curatives. En cela, la confrontation des acteurs portée sur cette thématique peut avoir des effets négatifs pour

l'intervention. Il est donc important d'introduire un travail préalable visant à proposer un socle de représentations commun. Suite à cela, il sera alors possible d'envisager la confrontation des représentations au sujet des objectifs à atteindre, concernant la prévention des risques psychosociaux.

Pourtant, même lorsque ce travail de constitution d'une base commune de représentations est initié, cela ne garantit pas la réussite d'une intervention. La troisième monographie en est l'exemple : lorsque les objectifs à atteindre via l'intervention ne sont pas communs à l'ensemble des entités, la poursuite de l'intervention en est fortement impactée.

(5) La participation ;

Enfin, l'auteure énonce la participation du personnel et des acteurs comme condition essentielle à l'impact favorable des interventions (Rouat, 2010, p.279). Cette condition est à mettre en lien avec l'implication du collectif, de la Direction et des salariés. Cette participation doit être ciblée sur l'identification et la connaissance des dysfonctionnements sur lesquels l'intervention peut ou doit agir. La contribution des collaborateurs peut servir à atteindre les objectifs d'une intervention : participation à un recueil de données, à des groupes de rencontres, à des groupes de travail... autant de rôles possibles pour mener *in fine* à une dynamique de changement comme nous l'avons fait au sein de l'entreprise de logistique (monographie n°1). La participation est en ce sens vectrice de confiance et de continuité pour l'intervention. Il y a néanmoins un aspect important à prendre en compte : l'équilibre à maintenir entre implication du personnel et les attentes générées en matière de résultats. Il est donc important de veiller à ce que l'implication des différents acteurs reste ciblée sur des éléments factuels, dépendants d'une réalité où ressources et contraintes coexistent. A notre sens, les notions de conciliation et de compromis sont centrales pour mener des actions de prévention en matière de santé au travail ; d'autant plus lorsque l'on aborde des thématiques aussi complexes que la prévention des conduites addictives en milieu de travail. En effet, l'observation des différentes interventions que nous avons conduites nous a amené à souligner un fait intéressant. Deux monographies (2 et 3) se sont déroulées dans un contexte où le niveau d'attente et de demande était élevé pour la Direction ou les partenaires sociaux :

- Concernant la monographie n°2 (agence de traitement des déchets), la demande relevait d'une intervention en prévention tertiaire. Malgré nos propositions d'accompagnement sur le long terme pour établir une transition entre prévention tertiaire (prise en charge) et primaire (sensibilisation), nos interlocuteurs ont privilégié une courte intervention située principalement en prévention primaire. Or, les échanges que nous avons établis semblaient sous-tendre des dysfonctionnements internes relatifs à des déterminants organisationnels et communicationnels, sur lesquels nous aurions pu tenter d'agir.
- Concernant la monographie n°3 (entreprise de production d'emballages plastiques), la demande émanant du médecin du travail inscrivait notre intervention dans une logique de prévention primaire. Cependant, les résultats de notre outil de diagnostic ont souligné plusieurs dysfonctionnements communicationnels forts dont une rupture importante du dialogue social. Ces complications prenaient place dans une structure ayant subi de nombreux changements organisationnels (changement de l'équipe de direction et des partenaires sociaux).

Ces deux monographies partageaient un cadre d'intervention complexe, où les attentes des différentes entités étaient fortes et où les actions envisagées ont été complexes à mettre en place. Nous questionnons alors le décalage entre les interventions proposées et les réalités du terrain auxquelles nous avons pu être confrontés. En effet, il semblerait que des interventions en prévention primaire menées dans des contextes de « crise » aient une portée plus limitée, ce malgré l'implication et la participation des acteurs de l'entreprise et du SSTI.

La réunion des conditions énoncées ci-dessus permettent ainsi des développer des interventions dont les résultats seront favorables pour les structures demandeuses. Au regard de nos expériences, nous confirmons l'intérêt de les réunir en amont d'une action et nous soutenons l'idée que ces conditions sont interdépendantes :

« Si l'une [des conditions] n'est pas respectée, il est fortement probable qu'elle nuira à l'ensemble et plus largement à l'intervention » (Rouat, 2010, p.280).

Cependant, au regard de nos expériences, nous proposons deux conditions supplémentaires permettant de favoriser l'intégration et la pérennité d'une intervention en prévention de la santé au travail :

(6) La constitution d'un socle de représentations communes ;

Nous l'avons déjà abordé au sein des conditions précédentes, mais il s'avère que la question des représentations est un élément primordial afin de faciliter l'adhésion d'une intervention en prévention de la santé au travail. Plus encore lorsque l'on souhaite agir sur la question des usages de SPA. Dans le cadre des interventions en prévention des conduites addictives que nous avons menées (monographie n°1 et n°4), nous avons fait le choix d'introduire cette thématique en questionnant à la fois les interlocuteurs qui étaient à l'origine de la demande, et les collaborateurs visés par nos interventions. Ce choix nous a toujours amené à constater les représentations dont ces derniers pouvaient faire preuve. Même si ces constats étaient relativement superficiels, ils nous ont tout de même permis de situer les différences existantes ; et ce, dans un but d'orientation vers un socle de représentations communes. Nous avançons l'idée que ce travail de préparation ou d'introduction est une phase facilitante voire nécessaire pour les échanges. Les entretiens de retour dont nous avons bénéficié pour notre première monographie (site de logistique) ont confirmé cette tendance. La mise en lumière des différences représentationnelles entre les acteurs est un moyen intéressant de rendre compte de la richesse d'idées associées à un objet. Dans le cadre de la prévention des conduites addictives, c'est en partie grâce à la vidéo « Nuggets » (Hykade, 2014) que nous avons effectué ce travail. Toutefois, il est nécessaire de préciser que cette condition de « socle de représentations communes » n'exclut pas les divergences d'opinions. L'idée étant justement de pouvoir ouvrir un espace d'échanges libre, et de concerter les personnes autour d'un ensemble de notions factuelles.

Cette condition est également valable pour les acteurs en SSTI. En effet, il paraît primordial de réaliser ce travail de mise en lumière des représentations avant

d'orienter les acteurs vers un socle commun. Il nous semble évident d'avancer l'idée qu'une intervention menée par des acteurs animés de la même dynamique constitue une base solide pour assurer son bon fonctionnement. Ce travail a également été réalisé dans le cadre de notre groupe de travail « addictions » au sein du service. Nous aurions souhaité pouvoir le développer à l'entière du SMTVO, mais nous avons été soumis à différentes contraintes que nous évoquerons dans le cadre de notre discussion générale.

(7) Intervenir dans un cadre facilitant la prévention primaire.

Enfin, nous concevons que les interventions en milieu de travail se construisent et se mettent en œuvre dans un univers vivant soumis à de nombreuses variations. En tant que processus (Althaus & Brangier, 2019, p.268), elles s'inscrivent au sein d'un système complexe qu'il est difficile de simplifier (Guidou, 2021, p.315). L'ensemble des interactions qui gravitent autour des interventions constitue un facteur complexe (ibid, p.317) de par les effets qu'il peut générer : conflit, dégradation du climat social, changements organisationnels... Le recours à une forme de cadrage semblerait nécessaire, mais elle serait sans doute complexe à développer. Pourtant nous avançons l'idée que la réussite des interventions en matière de prévention primaire de la santé au travail est tributaire d'une forme d'équilibre organisationnel : là où les dysfonctionnements ne sont pas à l'origine de ruptures importantes du dialogue social. Nous concevons qu'une organisation « sans problématique » ou « sans facteurs de risques » est une idée utopique, elle remettrait d'ailleurs en question le rôle des acteurs de la santé au travail. Cependant, nous considérons qu'il existe différents niveaux de complexité au sein des organismes dans lesquels nous sommes amenés à intervenir. La réussite des interventions en prévention primaire semble donc corrélée au degré d'importance des facteurs de risques psychosociaux présents à l'intérieur d'une structure.

Ce constat a particulièrement été observé dans la comparaison des monographies 1 et 3. En effet, les demandes formulées et les objectifs de nos interventions étaient similaires. Cependant, les contextes propres à chaque structure ont conditionné différemment nos actions. Au sein de l'entreprise n°1 (site de logistique), les facteurs psychosociaux de risque étaient principalement relatifs à des

aspects organisationnels et certains aspects sociaux (manque de soutien des supérieurs hiérarchiques). Au sein de l'entreprise de production d'emballages plastiques, le diagnostic que nous avons établi soulignait de nombreuses problématiques communicationnelles et une rupture importante du dialogue entre partenaires sociaux et direction. Il semble que l'intervention a été assujettie à ces facteurs. Ces derniers ont en effet multiplié les temps de rencontre et les échanges téléphoniques, car les positions des instances concernant la constitution ou la diffusion des outils étaient amenées à changer régulièrement. Cet aspect a fortement contribué à l'étirement du temps d'intervention, nous empêchant ainsi de la mener à son terme.

Ce constat souligne également une réflexion déjà établie sur la question du rôle confus des SST, dont les missions relèvent de la prévention mais dont le travail est placé dans le champ de la santé (Guidou, 2021, p.318). D'un point de vue institutionnel, les acteurs oeuvrant en SST œuvrent pour la prévention et non le soin. Cependant, les ouvertures qui nous sont offertes par les entreprises afin d'intervenir sous-tendent souvent des altérations de la santé liées à des situations internes. Elles inscrivent finalement les interventions dans une logique de correction (prévention secondaire) ou de réparation, et donc de soin (prévention tertiaire). Dans ce cas de figure, le développement d'actions de prévention primaire nous semble fortement compromis.

Finalement, les expériences menées en entreprise et les constats que nous en avons tirés nous mènent à avancer la question suivante : la prévention primaire des conduites addictives en milieu de travail ne devrait-elle pas se limiter à un cadre collectif d'information ?

En effet, une stratégie de prévention primaire est basée sur l'identification d'un problème (Brun & al., 2007, p.22). Son objectif étant principalement d'éliminer un risque à sa source, elle implique des changements sur différents plans : communication, gestion, représentations... (Elkin & Rosch, 1990). Elle vise ainsi à autonomiser et susciter une forme de cohérence chez les acteurs qu'elle implique. Dans ce cadre, la campagne de sensibilisation des conduites addictives que nous avons réalisée au sein de la monographie n°1 remplit les critères susnommés. Elle s'est intégrée dans un cadre où il n'existait pas de problématique spécifique sur le

sujet. Ce facteur a sans doute concouru à la réussite de notre démarche. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'intervenir dans le cadre de la prévention primaire, une approche collective basée sur la sensibilisation semble tout à fait adaptée dans la mesure où l'on suppose qu'il n'existe pas de problématique de consommation. Nous nuancions tout de même ce propos car ce type d'approche peut également mener à un échange auprès de personnes concernées par l'usage de substances psychoactives en milieu de travail. C'est ce qu'a démontré notre monographie n°4. Néanmoins, nous insistons sur le fait que ce cas de figure reste singulier et ne se prête en rien à une forme de généralisation.

Mais alors, qu'en est-il de l'intervention en prévention des conduites addictives lorsque la problématique existe sur le lieu de travail ? Du fait des interventions que nous avons menées, majoritairement centrées sur des actions collectives, nous ne pourrions tirer que quelques éléments d'hypothèses qu'il serait judicieux d'investiguer. En effet, dès lors qu'une problématique de consommation est observée sur le lieu de travail, la priorité reste la sécurité de la personne concernée et de son entourage. En ce sens, la mise en place d'un protocole de sécurité tel qu'une fiche d'observation d'un trouble du comportement s'avère être une ressource pertinente pour les entreprises. C'est d'ailleurs une mesure de prévention qui peut être inscrite dans le cadre de la prévention primaire, car elle ne concerne pas uniquement le champ des usages de substances.

De surcroît, il est également possible, pour les responsables et encadrants, de proposer un échange avec la personne concernée afin d'envisager une éventuelle prise en charge dans un but d'évaluation de la consommation. Cependant, cette mesure implique de nombreux facteurs qui peuvent influencer l'issue de ces échanges : qualité de la relation entre les personnes, confiance, crainte d'être jugé ou sanctionné, déni... Cette situation est d'ailleurs souvent l'élément déclencheur des demandes d'intervention (monographies n°2 et 4). Dans ce cas de figure, l'employeur peut orienter la personne vers le médecin du travail (Article R4624-34 du Code du travail). Cette possibilité reste un moyen d'amorcer une prise en charge, pourvu que l'employeur précise les motifs de ce rendez-vous au médecin du travail. Nous sommes cependant conscients que la prise en charge proposée à ce jour par les acteurs des SSTI n'est pas toujours garante de résultats probants. L'articulation des deux axes de notre recherche nous a permis de mettre en lumière plusieurs

réflexions sur cet aspect. Nous les aborderons dans le cadre de notre discussion générale.

Les deux conditions que nous avons proposées ci-dessus viennent nourrir les travaux de Sabrinat Rouat (2010) concernant l'émergence d'actions de prévention. Nous supposons qu'elles puissent être transposables à d'autres thématiques de prévention. Il convient néanmoins de préciser qu'elles sont le fruit des interventions menées dans le cadre de la prévention des conduites addictives en milieu de travail et des risques psychosociaux.

4.2 Prévention et pluridisciplinarité, une dynamique cadrée par le fonctionnement des SSTI

Les monographies réalisées dans le cadre de l'axe II possèdent un aspect qui leur est commun : elles ont toutes impliqué un travail pluridisciplinaire. Qu'il s'agisse d'acteurs internes ou externes au SMTVO, nous avons toujours mobilisé d'autres fonctions afin de répondre aux demandes des adhérents. Ces mobilisations ont été à l'origine d'un travail collectif pluridisciplinaire (TCP) matérialisé sous différentes formes :

(1) La coopération :

La coopération peut être définie comme :

« Une activité collective dans laquelle les opérateurs travaillent ensemble sur un même objet visant un même but proximal. Elle implique un partage du travail en fonction des connaissances et compétences [...] et nécessite une disponibilité temporelle et personnelle des acteurs concernés » (De la Garza et Weill-Fassina, 2000, p.228).

Il est important de préciser que la coopération implique un partage de valeurs permettant d'atteindre un objectif commun (Carré et Huez, 1998, p.22). Plus encore, ces valeurs vont permettre la définition d'un cadre dans lequel vont s'articuler les pratiques professionnelles. Les travaux de Kjeld Schmidt (1994) évoquent à ce titre

plusieurs fonctions issues de la coopération permettant l'atteinte d'un objectif commun :

- L'augmentation des capacités intellectuelles ;
- La combinaison de plusieurs spécialités comme l'intervention en santé au travail avec un ensemble de disciplines telles que la médecine du travail, la psychologie du travail, l'ergonomie, etc ;
- La recherche de solutions adaptées par la confrontation de points de vue de plusieurs spécialistes ;
- L'appréhension de situations complexes par la complémentarité des points de vue.

En ce sens, diverses actions de coopération ont été réalisées dans le cadre de nos interventions. La monographie n°2 (agence de traitement des déchets) nous a en effet permis de développer une action de sensibilisation collective sur la thématique de la consommation d'alcool, avec l'infirmière de santé au travail en charge de la structure. Par le biais d'échanges continus, nous avons travaillé conjointement afin de proposer les ateliers qui ont composé notre intervention. Cette coopération a pris forme dans une répartition des tâches que nous nous sommes attribuées.

(2) La collaboration :

Différente de la coopération, la collaboration est perçue comme :

« L'accomplissement sur un même objet d'opérations différentes qui s'articulent les unes aux autres avec un but commun à court ou moyen terme. Elle implique différentes unités de travail ne travaillant pas forcément dans le même espace géographique » (De la Garza et Weill-Fassina, 2000, p. 228).

Les interventions que nous avons menées sont majoritairement caractérisées par un travail de collaboration. Par exemple, la monographie n°3 a mobilisé le médecin du travail en charge de l'entreprise, ainsi que les membres du comité de pilotage afin d'organiser notre intervention. Les différentes réunions de rencontre organisées ont contribué à la réalisation du questionnaire d'analyse des situations à

risque psychosocial. La monographie n°4 a quant à elle été le plus gros projet de prévention primaire et de collaboration réalisé en dehors du service. Les actions de communication (matinales de préventions) menées par le SMTVO impliquaient de leur côté des actes de coopération (définition et répartition des tâches) et de collaboration (création d'ateliers, supports en collectif). A ce titre, nous avons également collaboré avec des acteurs œuvrant en prévention des conduites addictives externes au service.

Enfin, notre participation au groupe de travail « Addictions – Département de l'Oise » a également été le théâtre d'une démarche collaborative par la création et la diffusion de documents visant à améliorer la prévention des conduites addictives en milieu de travail.

(3) La co-activité :

Enfin, la co-activité est présente dans une situation particulière où :

« Deux spécialités différentes (ou plus) travaillent dans un espace géographique commun avec des buts différents, même à très long terme, en dehors d'un objectif global de fonctionnement de l'entreprise » (De la Garza et Weill-Fassina, 2000, p. 227).

Dans ce cadre, la réalisation du travail collectif ne passe pas par un acte conscient et collectif d'aboutir à un résultat commun et partagé, mais est plutôt le résultat collatéral d'actions qui sont à l'origine disjointes et indépendantes. La co-activité se réalise donc de façon passive. En ce sens, toutes les actions réalisées par les acteurs du SMTVO pour la prévention de la santé répondent à cette logique de co-activité.

Ces trois formes de travail collectif ont fonctionné conjointement afin de répondre à la fois aux objectifs de notre travail, et plus largement à ceux du service. Néanmoins, le monde du travail étant en constante transformation (Metzger, 2011, p.15), y intervenir implique nécessairement de s'inscrire dans des logiques de terrain. Bien que la majeure partie des actions collectives réalisées et présentées dans le cadre de nos monographies aient été menées à terme, nous avons identifié quatre

facteurs qui nous semblent contraignants pour le travail collectif pluridisciplinaire en prévention des conduites addictives. Ces contraintes sont observables à différents niveaux microscopiques et macroscopiques.

(1) Les logiques de rendements en matière de santé au travail :

Au même titre que n'importe quelle organisation de travail, les SSTI sont également concernés par l'intensification du travail observée depuis la fin du XXème siècle. A ce titre, de nouvelles dynamiques concurrentielles tendent à changer qualitativement et quantitativement le travail ainsi que les relations (Davezies, 2019, p.262). En cela, les actions de prévention et le travail pluridisciplinaire qu'elles impliquent peuvent s'en retrouver impactées. Nous l'avons perçu dans le cadre de nos monographies avec l'absence récurrente des médecins du travail, pour lesquels il était extrêmement difficile de dégager du temps afin de participer aux interventions. L'intensification a pour effet de devoir opérer un tri entre les objectifs à atteindre (ibid, p.263). Concernant les médecins du travail : le partage entre les missions de suivi médical, les actions de prévention et les visites d'entreprises invoquent nécessairement la question de la priorisation. Cette gestion complexe est cependant présente pour l'ensemble des acteurs des services. Le caractère « multi-actions » des SSTI nous semble être un facteur influant sur le développement et de la qualité des actions de prévention. De surcroît, le développement des actions de communication (matinales de prévention, campagnes d'informations par mail...) auprès des adhérents crée en général un vivier de demandes d'accompagnement et la nécessité de devoir proposer un accompagnement personnalisé. Tout cela dans un contexte souffrant de manque de personnel (Marichalar, 2010, p.40). Ces situations mènent *a fortiori* à un effacement des relations entre collaborateurs. Ce manque de relations devient également une contrainte dans la mise en place d'actions de prévention basées sur un travail collectif et pluridisciplinaire. Cette première contrainte identifiée nous amène à en souligner une seconde à laquelle elle est liée.

(2) La digitalisation des rapports entre acteurs :

La première contrainte évoquée ci-dessus mène selon nous à un aspect important : la digitalisation des rapports sociaux entre les acteurs du service. En effet, nous l'avons cité, le SMTVO fonctionne avec un logiciel interne (MEDTRA), permettant de tracer le suivi médical des salariés des entreprises adhérentes, mais aussi de toutes les actions de prévention. Ce logiciel a donc principalement une fonction de suivi. Cependant, à cause d'un manque de temps d'échanges, de l'indisponibilité des acteurs ou du caractère urgent de certaines demandes, la plateforme informatique devient un canal de communication interne par lequel transitent les informations. Du point de vue de notre expérience, nous avons souvent remarqué que les échanges étaient établis dans le cadre des demandes sur le logiciel interne et souvent par un mail accompagnant la demande. Les détails ou informations complémentaires étaient souvent obtenus de façon sporadique lors d'échanges informels. Pour aller plus loin, les « réunions pluridisciplinaires⁶⁴ » du service, organisées en général mensuellement, par les médecins du travail étaient majoritairement axées sur la revue des saisies d'informations faites sur MEDTRA. Cette organisation de la communication interne semblerait être finalement un mode de régulation permettant de maintenir le partage d'informations. Comme nous l'avons mentionné au sein de notre partie théorique, nous nous situons dans une forme de compromis adopté afin de maintenir une atteinte partielle des objectifs (Leplat, 2000, p.6). Il s'agit ici de conserver une forme de communication pour mener à bien les actions de prévention.

Nous avons conscience que l'exemple cité est tiré de notre expérience au sein du SMTVO et que chaque SSTI possède un mode d'organisation qui lui est propre. Néanmoins, nous appuyons l'idée que cette forme de digitalisation des rapports entre les acteurs peut être contraignante dans l'organisation d'actions de prévention. Pour contrer cela, nous avons tendance à privilégier les réunions puis, de procéder à la rédaction d'un compte-rendu que nous rendions accessible sur les serveurs de la structure. Mais cette stratégie offrait des résultats limités liés à des contraintes organisationnelles comme l'absence ou l'indisponibilité d'un collègue.

⁶⁴ Réunion mensuelle regroupant en général le médecin du travail ainsi que son équipe (IDST et IPRP).

(3) Les jeux de pouvoir internes et externes :

Nous ne nierons pas que des jeux de pouvoir existent au sein des SSTI comme il en existe dans chaque organisation, et que ceux-ci peuvent tout autant désorganiser le travail collectif pluridisciplinaire. Ces jeux de pouvoirs sont composés de sources diverses et notamment :

- Politiques en lien avec l'accumulation des différentes lois de réforme proposées par les gouvernements qui se sont succédé ;
- Economiques en lien notamment avec la première contrainte identifiée sur les logiques de rendement.

A plusieurs reprises, des réticences ont été formulées concernant certaines interventions. Ces réticences étaient la majeure partie du temps argumentées autour du principe de précaution et de préservation de l'image du service en cas de survenue de problématique. Dans certaines situations, nous avons réussi à justifier l'intérêt de ces interventions, notamment concernant l'accompagnement du site de logistique (monographie n°2) dans la mise en place d'un protocole de sécurité lié à l'observation d'un trouble du comportement. En ce sens, même si nous sommes parvenus à maintenir nos interventions, ce fut au prix d'un temps d'argumentation qui a au final impacté leur durée de mise en place. Dans d'autres situations, nous supposons que la survenue de résistances (peu importe leur motif) peut nuire au développement et à la qualité des actions de prévention. Le fonctionnement interne des SSTI est donc une scène où s'articulent différents jeux de pouvoirs. Cependant, il convient d'adopter une vision plus large : ces mêmes jeux se déroulent au sein des entreprises où les acteurs de SSTI interviennent. Il est donc nécessaire d'être vigilant sur cette question des jeux et enjeux existants au sein du théâtre qu'est le monde du travail. En effet, il se peut parfois qu'ils soient si exacerbés et le climat social si problématique que la pluridisciplinarité se retrouve abandonnée au profit de conflits animés par le décalage des attentes des différentes instances. Ces derniers dépassent parfois le registre professionnel et se transforment en conflits interpersonnels pouvant *in fine* immobiliser l'action ou générer de nouvelles attentes en matière d'intervention. Il est donc important de prêter attention aux règles et au cadre dans lequel s'inscrivent ces jeux de pouvoirs. En effet, ces derniers représentent une part importante des conflits et des négociations au sein des

organisations (Bréchet, 2008, p.18). Les appréhender permet de développer un regard global des stratégies en œuvre au sein des organisations.

(4) Le manque d'accompagnement dans la mise en place de projets pluridisciplinaires :

Enfin, nous soulignons également une contrainte liée aux changements qu'a connus le monde de la santé au travail en matière de pluridisciplinarité. Bien souvent, celle-ci a été transformée et instaurée par la réglementation auprès des acteurs de la santé au travail. De nouvelles modalités d'actions ainsi que de nouvelles pratiques⁶⁵ viennent alors se greffer sur celles anciennement construites sur «l'uni-disciplinarité ». L'apparition de la pluridisciplinarité n'est pas à remettre en cause ici. Il s'agit plutôt du défaut d'accompagnement des acteurs et des conséquences qu'il peut générer sur le plan organisationnel et communicationnel. L'institution dans laquelle s'inscrit le travail collectif et pluridisciplinaire se doit d'assumer des fonctions facilitantes afin de permettre son développement. Par exemple, la mise à disposition d'espaces, de temps d'élaboration et d'ajustement des pratiques semblent être des pré-requis nécessaires au bon fonctionnement du travail collectif et pluridisciplinaire (Sanson, 2006, p.26). Or, notre expérience au sein du SMTVO montre que les espaces et temps d'échanges accordés au TCP visent souvent une atteinte d'objectifs (ex : faire le point sur les interventions réalisées ou à prévoir). Ils ne permettent pas toujours la remise en question ou l'ajustement des pratiques et des liens entre les différentes fonctions. En ce sens, le travail collectif se retrouve bien souvent projeté dans une réalité complexe ne lui laissant ni le temps, ni l'espace nécessaire pour se forger une pratique ou une identité propre. Nous ne généralisons pas ce phénomène à l'ensemble de notre expérience au sein du SMTVO, mais il est important de souligner que lorsqu'il survient, les démarches de prévention peuvent alors s'en retrouver impactées car souffrantes d'un défaut d'organisation et de communication. Nous considérons alors évoluer dans le cadre d'un travail collectif et pluridisciplinaire dégradé, donnant lieu à des interventions en prévention également dégradées. L'analyse des pratiques est pourtant un dispositif particulièrement

⁶⁵ A titre d'exemple : l'apparition des entretiens infirmiers depuis 2012 dont l'objectif est de recueillir des informations relatives à l'état de santé du salarié, en rapport avec ses conditions de travail. Les éventuelles problématiques individuelles identifiées sont communiquées au médecin du travail.

intéressant lorsqu'une majeure partie de l'activité ne peut être prescrite ; plus encore lorsque le professionnel se retrouve dans une posture d'adaptation constante face à des situations singulières (Lagadec, 2009, p.4).

Toutes ces contraintes identifiées tendent à fragiliser le maintien et le développement des actions collectives et pluridisciplinaires. Si l'on ajoute à cela les complexités liées à l'intervention en entreprise, il semble donc logique de concevoir que les démarches de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) souffrent d'un manque de rigueur ou d'un défaut en matière de contenu. Parfois même, elles sont inexistantes. Cet aspect est d'autant plus renforcé par la difficulté d'intervenir sur la thématique des conduites addictives. En effet, en plus des éléments cités préalablement, ce champ d'intervention souffre de différentes problématiques déjà évoquées au sein de notre premier axe de recherche (différences de représentations, tabou culturel, manque d'information et de formation...).

Bien que cette identification de contraintes nous paraisse non exhaustive, elle nous semble être un premier constat des difficultés à ancrer la prévention des conduites addictives en entreprises. Constat jusqu'alors peu investigué au sein de la littérature au regard de nos recherches. Cette mise en perspective des conditions essentielles au développement de la prévention et des contraintes dont elle peut souffrir, au même titre que le TCP, nous amène à développer plusieurs réflexions que nous aborderons dans le cadre de notre discussion générale.

4.3 Limites de l'axe II

Notre deuxième axe de recherche nous a permis d'établir un regard sur le développement d'actions de prévention au sein des entreprises adhérentes au SMTVO. Les monographies proposées relatent deux champs d'intervention : la prévention des risques psychosociaux et la prévention des conduites addictives. Au même titre que toute autre démarche de recherche, cet axe a également fait preuve de certaines limites que nous souhaitons relever.

4.3.1 Limites organisationnelles

Nous évoquerons dans un premier temps les limites liées aux aspects organisationnels de ce second axe. La première limite identifiée est liée aux contraintes que nous avons évoquées précédemment sur le caractère « multi-

actions » qu'implique l'activité en SSTI. Effectivement, cette nécessité de devoir travailler simultanément avec plusieurs entreprises adhérentes a sans doute eu un impact non négligeable sur la façon dont nous avons conduit nos interventions. Nous pouvons d'ailleurs souligner le développement temporel des quatre monographies : elles s'étendent toutes entre 2017 et 2020 et la première monographie s'est déroulée en parallèle des autres. Cette contrainte organisationnelle a impliqué un processus de priorisation, de choix et de sélection qui ont pu éventuellement impacter négativement le contenu ou l'organisation de nos interventions. Nous pensons particulièrement aux monographies n°2 et n°3 qui auraient pu être davantage développées en matière de contenu d'intervention. Néanmoins, leur contenu résulte du compromis réalisé entre le contexte d'intervention, les critères définis par nos interlocuteurs, et l'organisation du service. De même, le manque d'implication et de participation identifié auprès de certains médecins du travail concernant nos interventions a également impacté la conduite de nos actions. Ces acteurs restent une ressource importante dans le cadre des actions menées en entreprise de par leur statut, leurs connaissances des entreprises et des salariés. En définitive, il s'avère que même si la convention CIFRE invoque un statut particulier, le chercheur n'en reste pas moins soumis aux logiques de la structure. Cela implique donc une adaptation constante des dispositifs de recherche établis.

Une seconde limite a également été observée concernant les logiques organisationnelles des structures d'intervention et du service en lui-même. En effet, nous avons remarqué que les interventions en prévention souffraient parfois d'un manque de considération de la part des instances de Direction. La monographie n°3 (entreprise de production d'emballages) en est un bon exemple avec le report de notre intervention liée à la survenue d'un audit. Concernant le SMTVO, l'un des objectifs principaux du groupe « addictions » était de pouvoir réaliser une campagne de sensibilisation sur la question des conduites addictives auprès de l'ensemble des salariés du service. Ce projet s'était constitué sur la base d'une demande collective et des résultats de notre axe I. Cependant, il nous a plusieurs fois été communiqué que d'autres projets de sensibilisation interne devaient avoir lieu avant celui-ci. Malheureusement, en raison de la pandémie du virus COVID-19, cette action n'a pu être développée.

4.3.2 Limites méthodologiques

D'autres limites d'ordre méthodologique ont également été relevées. Concernant les monographies, nous questionnons le contenu de certaines interventions. La monographie n°2 (agence de traitement des déchets) semble pour nous être l'intervention la moins développée et adaptée en termes de contenu, de méthodologie et de résultats. Les limites identifiées à l'issue de cette monographie nous interrogent sur sa pertinence et sur le recours à l'aspect ludique trop souvent plébiscité par les entreprises. Certes le cadre ludique permet de faciliter l'apprentissage et favorise la pérennité des informations communiquées (Périno, 2010, p.55), mais il n'en demeure pas moins un levier. Il va permettre de susciter l'intérêt pour ensuite développer un cadre informatif (Mauriras Bousquet, 1984, p.63). Les contraintes organisationnelles auxquelles nous étions confrontés dans le cadre de cette intervention nous ont empêchés de développer une action de prévention de plus grande envergure impliquant à la fois un apprentissage théorique et des activités ludiques.

Nous soulignons également le fait que les actions de sensibilisation que nous avons menées étaient souvent destinées aux collaborateurs de l'entreprise sans que l'encadrement ne soit spécifiquement concerné. Au final, seule la première monographie a permis un réel temps de sensibilisation auprès du personnel encadrant. Dans l'idéal, nous aurions souhaité pouvoir développer deux temps de rencontre avec ces acteurs, mais les contraintes qui nous ont été imposées ne nous ont pas permis d'effectuer la seconde rencontre. Cet aspect rejoint une autre limite observée sur le plan méthodologique avec l'impossibilité de réaliser certains entretiens de retours suite aux interventions. Il aurait notamment été pertinent d'évaluer l'impact de nos actions auprès du personnel du SMTVO.

Revenons à présent sur la monographie n°3 qui n'a pu être menée à son terme. Lorsque la nouvelle demande concernant les usages de substances psychoactives en milieu de travail est survenue, nous avons proposé d'accompagner la structure dans le développement d'une action de prévention. Nos interlocuteurs avaient accepté cette proposition mais souhaitaient en premier lieu terminer la première intervention centrée sur le diagnostic des RPS. Nous nous questionnons sur la pertinence de notre réponse face à cette situation. N'aurions-nous pas tenté d'argumenter afin de mener cette seconde intervention en parallèle ? Cela nous aurait notamment permis de tester une nouvelle approche méthodologique. Il

aurait peut-être été pertinent d'appuyer ce projet. Néanmoins, le constat que nous soulignons à ce moment-là témoignait déjà de forts dysfonctionnements internes en termes d'organisation et de communication. C'est principalement pour cette raison que nous avons privilégié la réalisation de notre diagnostic des RPS au sein de la structure.

Nous avons conscience que les monographies menées dans le cadre de cet axe n'ont été réalisées qu'au sein d'entreprises ayant au minimum 50 salariés. Il aurait été pertinent d'intervenir au sein des TPE et PME. Cependant, nous n'avons pas eu l'opportunité de le faire. En effet, la prévention des usages de substances psychoactives et conduites addictives est un sujet souvent porté par les « grandes » entreprises souhaitant développer la prévention de la sécurité et de la santé au travail. Les enquêtes statistiques témoignent cependant du manque d'intervention au sein des petites entreprises (Verdier, 2009, p.36). Ce constat est ainsi devenu une préoccupation explicite de l'action en santé au travail. Diverses raisons expliquent ce phénomène : représentation erronée de la santé au travail chez les directions, manque de communication des services proposés par les SSTI... Mais dans le cadre de la prévention des conduites addictives, nous risquons également de retrouver d'autres arguments liés aux aspects culturels (déli, crainte d'être jugé, tabou...). En quasiment quatre ans d'activité au sein du SMTVO, aucune demande de prévention sur cette thématique n'a été formulée de la part d'une TPE ou PME. Pourtant, et nous l'avons vu, tous les milieux professionnels sont concernés par la consommation de substances psychoactives.

Enfin, la dernière limite que nous évoquerons concerne la complexité d'établir des liens directs entre prévention des conduites addictives et conditions de travail. Certes, nous avons eu l'opportunité de l'aborder dans le cadre des entretiens de retour suite aux interventions, et au fil de certains échanges avec des collaborateurs au sein des groupes de rencontre. Cependant, nous n'avons pu conduire d'intervention associant à la fois la question des risques psychosociaux et des usages de SPA. Ce constat nous questionne particulièrement sur les « notions de cadre et de norme » que nous avons déjà abordées dans notre partie introductive avec Gladys Lutz (cf. Partie I – La clinique du travail : entretien avec Gladys Lutz) et au sein de notre partie théorique (cf. Partie II – Normes de la santé et dérives). La responsabilité induite aux acteurs de la santé au travail en matière de prévention

paraît avoir un réel impact sur la façon dont nous réalisons les interventions. Il semble que nous n'ayons pas échappé au cadre institutionnel et socialement normatif dans lequel nous avons conduit notre recherche. Notre travail paraît ainsi avoir été partiellement conditionné par un environnement où le lien entre conduites addictives et conditions de travail n'est pas systématiquement mis en avant et où les représentations professionnelles restent centrées sur une approche individuelle des usages. Toujours considérées comme « complexes » et « fastidieuses », les thématiques des RPS et des conduites addictives semblent toujours souffrir d'une réputation qui suscite l'évitement. En lien avec les jeux et enjeux de pouvoir auxquels nous avons parfois été confrontés, nous n'avons ainsi pu développer ce type d'approche dans le cadre de nos interventions. Pourtant, il nous semble nécessaire de souligner que la thématique des RPS, et plus largement la question des conditions de travail, peut être une clé d'entrée pour appréhender les questions de consommation. La façon dont nous avons conduit notre monographie au sein de l'entreprise de logistique nous a permis de souligner cet aspect.

Synthèse de l'axe II

L'objectif de ce second axe était de **présenter notre participation au développement des actions de prévention concernant les usages de SPA en milieu de travail** auprès d'entreprises adhérentes au SMTVO. Pour ce faire, **quatre monographies** ont été réalisées sur la base de nos interventions en milieu de travail. Chacune d'entre-elle **proposait une méthodologie propre** au sein d'une structure spécifique.

Les analyses de ces différentes monographies nous ont permis de **développer un regard objectif sur certaines conditions ayant contribué à la réussite** de ces interventions, menées sur le diagnostic des RPS et sur la sensibilisation des usages de substances. Ainsi, **l'implication du collectif, la transparence, l'adhésion, la confrontation, la participation, la constitution d'un socle commun de représentations, et l'intervention au sein d'un cadre facilitant la prévention primaire** s'avèrent être des ressources essentielles dans la réalisation d'interventions de prévention. La réalisation de ces différentes interventions ayant impliqué la notion de **travail collectif et pluridisciplinaire**, nous avons également pu réaliser un état des lieux des **facteurs contraignant leur développement. Les logiques de rendement en matière de santé au travail, la digitalisation des rapports entre acteurs, les jeux de pouvoirs internes et externes ainsi que le manque d'accompagnement dans la mise en place de projets pluridisciplinaires** s'avèrent ainsi représenter des freins importants à la création d'espaces et de temps d'échanges entre les acteurs de la santé au travail, impactant ainsi le développement d'actions de prévention.

Pour autant, même si nous n'avons pas eu la possibilité de développer des actions de prévention interrogeant à la fois les conditions de travail et les usages de substances, nous avons contribué au développement de leur prévention. Par les actions situées en milieu de travail ou dans le cadre de notre activité au sein du SSTI, nous avons participé au **développement des compétences et connaissances des membres du groupe « addictions » et mis en place différents projets** (supports, ateliers, fiche d'observation, intervention « QVT », matinales de préventions...). Ces derniers ont contribué à **inscrire la prévention des conduites addictives comme thématique incontournable au sein du service.**

PARTIE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Ce travail de thèse visait à développer les connaissances concernant la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Pour répondre à cet objectif, deux axes ont été définis. Le premier portait sur l'identification des représentations professionnelles (Piasek, 1993) des acteurs de la santé au travail en Services de Santé Interentreprises. Le second était axé sur le développement de la prévention des conduites addictives en lien avec le travail par l'intervention auprès d'entreprises adhérentes au sein du SMTVO, service de santé interentreprises accueillant notre contrat CIFRE.

Nous reviendrons dans un premier temps sur les principaux apports de cette thèse que nous offre la mise en articulation des deux axes. Puis, nous ferons part de nos questionnements associés à la conduite de cette recherche. Nous présenterons ensuite les implications pratiques de nos résultats ; ce qui est à nos yeux central dans une thèse de cette nature (CIFRE). Nous partagerons nos réflexions sur les apports de la psychologie du travail et des organisations dans la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Enfin, nous discuterons également des limites de nos études et des perspectives de recherche qui émergent de cette recherche.

1. APPORTS THÉORIQUES

1.1 Représentations, pratiques professionnelles et prévention : une relation indissociable

Les résultats obtenus dans nos études suggèrent un rôle central des représentations professionnelles dans les pratiques et en particulier dans le développement de la prévention des conduites addictives. En effet, l'axe I nous a montré que la représentation professionnelle générale des acteurs de SSTI est centrée sur l'individu, les caractéristiques et conséquences psychologiques liées à l'usage de substances. Notre axe II a quant à lui permis de relever le cadre complexe dans lequel s'inscrivent les interventions de prévention et d'identifier les éléments contraignant leur développement au sein du service, mais aussi au sein des

entreprises. Ainsi, il semblerait que ce soit l'enchevêtrement de cette représentation centrée « individu et substances » et du contexte d'intervention qui constituent la principale barrière pour développer la prévention dans ce domaine.

Au sein de notre axe I, nous avançons l'idée que pratiques et représentations professionnelles fonctionnaient de façon interdépendante (Habermas, 1987, p.189). Il semblerait que cet aspect ait été démontré dans le cadre de nos interventions. En effet, jusqu'à notre arrivée au sein du service, les actions de prévention des conduites addictives en milieu de travail étaient majoritairement centrées sur une approche individuelle dans le cadre des visites d'informations et de prévention (VIP) ou visites médicales réalisées par les médecins du travail et infirmiers de santé au travail. Des sessions de sensibilisation au sujet des usages de tabac ou d'alcool étaient ponctuellement réalisées et souvent animées par la dyade « infirmier-médecin ». Développées sur la base d'une représentation centrée sur les substances et les individus, il paraît évident que les pratiques citées le soient toutes autant. Au regard des résultats obtenus dans le cadre de notre enquête, nous appuyons l'idée que ce type de représentation professionnelle semble s'inscrire auprès d'une majorité des acteurs des SSTI. Les raisons qui l'expliquent peuvent être diverses : défaut d'analyse des pratiques, gouvernance des médecins du travail dont les pratiques – et donc leur représentation – sont centrées sur l'individu, mais aussi influence d'autres représentations sociales et professionnelles. En effet, il est nécessaire de rappeler que les représentations professionnelles s'inscrivent dans les représentations sociales (Piasser et Bataille, 2013, p.6). Ainsi, nous pouvons avancer le fait que d'autres types de représentations peuvent influencer les pratiques des acteurs de la santé au travail, notamment au niveau des dimensions culturelles. En effet, les aspects culturels (ou socio-symboliques) des représentations d'un individu sont issus d'une élaboration et d'un partage avec un groupe social de référence. En fonction de leur contenu, ils seront amenés à modifier les pratiques (Lheureux et al., 2011, p.62). Pourtant, les logiques des SSTI tendent à inciter le développement d'actions de prévention primaire sur un plan collectif. Il existe donc un décalage important entre cette volonté d'agir de cette manière lorsque la majeure partie des acteurs des SSTI considère que cette problématique relève d'aspects individuels ET

extraprofessionnels. Il existe donc un enjeu réel entre représentations, pratiques professionnelles et développement de la prévention primaire.

A travers nos expériences, l'axe II a permis de développer de nouvelles pratiques concernant la prévention des conduites addictives en milieu de travail. Par l'intégration de nouveaux acteurs au sein du groupe de travail « addictions » (IPRP, ATST), la création de nouveaux ateliers, la diffusion d'information, la mise en lien avec d'autres thématiques de santé au travail ou encore l'organisation de journées de sensibilisation, nous avons opéré des changements au sein du service par l'émergence de nouvelles approches. Ces changements semblent être à l'origine d'un renforcement des dynamiques pluridisciplinaires axées sur ces questions de prévention. Nous espérons que les logiques mises en place pourront modestement contribuer à une évolution durable des pratiques pouvant influencer le contenu des représentations professionnelles. D'autant plus que les résultats de l'axe I démontrent une représentation professionnelle globale en potentielle transition vers un noyau central pouvant intégrer les aspects en lien avec la prévention (cf. Partie III – Une représentation professionnelle des acteurs de SSTI centrée sur l'individu... et potentiellement en transition). Dans cette éventualité, le développement des projets de prévention sur la thématique des conduites addictives pourrait être facilité.

1.1 La prévention des conduites addictives en milieu de travail : un positionnement social et politique complexe

La mise en commun de nos deux axes de recherches nous amène à un second apport : celui du positionnement social et politique de la prévention des conduites addictives. Comme nous l'explicitons dans le paragraphe précédent, les interventions de prévention en milieu de travail sont soumises à des réalités diverses : sociales, économiques, politiques, culturelles... En fonction des contextes, ces réalités peuvent tendre à complexifier le développement des actions de prévention. Ce fait est d'autant plus observable concernant les conduites addictives et usages de substances psychoactives, qui restent encore complexes, « tabou », voire ignorés au sein des entreprises.

Les résultats de notre axe I tendent à montrer des similitudes dans les résultats des analyses thématiques des répondants et celle d'autres recherches

réalisées sur les représentations sociales de la drogue (Dany & Apostolidis, 2002, p. 339 ; Katerelos, 2003, p.89 ; Galand & Salès-Wuillemin, 2009a, p.84). Certaines catégories de classification telles que « dépendance », « produits », « usages », sont ainsi partagées entre professionnels de santé et non professionnels. Ce constat renforce l'idée que les représentations professionnelles restent bien inscrites dans le champ des représentations sociales (Piasser et Bataille, 2013, p.6) et que cette thématique de prévention ne peut être contenue au seul cadre que constitue le travail. Ce point est selon nous essentiel. Il avait notamment été abordé dans le cadre des entretiens de contextualisation avec les différents acteurs que nous avons rencontrés (cf. Partie I – De la découverte à l'appropriation des enjeux). A cela, nous avons souligné un ensemble de contraintes auxquelles peut être confronté le développement d'actions de prévention concernant usages de substances en milieu de travail. Des contraintes internes au service, mais aussi des contraintes identifiées au sein des structures d'intervention sont parfois la source de ralentissements voire d'empêchements pour les interventions. Si l'on s'intéresse au cadre institutionnel dans lequel se déroulent ces dernières, il est possible de constater un effritement des frontières entre santé publique et santé au travail. En effet, les directives politiques de la dernière décennie ont tendu à définir le lieu de travail comme un lieu de promotion de la santé (Bensadon et al., 2013, p.6). Cependant, et nous l'avons vu en traitant les aspects théoriques : la santé est encore majoritairement abordée par l'angle du soin, et non aussi en matière de prévention (ibid, p.6 ; Galand & Salès-Wuillemin, 2009b, p.38). L'idée d'induire une approche de santé publique en milieu professionnel est en soi une proposition intéressante. C'est dans cette optique qu'ont été articulées les directives portées par le PRST-III, la MILDECA et également la loi du 2 août 2021 dite de « santé au travail » dont le contenu sera appliqué en mars 2022. Cependant, il semblerait que la pratique soit toute autre. Rendre nécessaire la prévention des usages de substances psychoactives en milieu de travail pour les employeurs et pour les services de santé au travail sans réel accompagnement a eu des bénéfices limités pour la prévention. La simple observation de l'absence de formation ou de sensibilisation des acteurs des SSTI en est un exemple. Cela a notamment contribué au manque d'actions dans ce domaine ou au renforcement des craintes des employeurs ou des acteurs de SSTI d'agir sur ce sujet.

Il ne faut pas omettre le fait que les usages de SPA s'intègrent à la fois dans les réalités du travail et de la vie personnelle des individus. Nous aborderons ci-après les aspects déontologiques et éthiques liés à l'intervention du psychologue du travail sur ces questions. Cet objet se positionne à la fois dans le domaine de la santé publique et de la santé au travail et au regard des conclusions de notre axe II, nous voyons que les actions de prévention primaire sont souvent orientées vers un message collectif. Ces deux aspects tendent à renforcer la complexité d'agir pour les SSTI et les entreprises, menant ainsi souvent les intervenants en prévention primaire à adopter une posture normative, voire moralisatrice auprès des acteurs concernés. Cette posture peut ainsi tendre à diffuser des informations dans le but de faire adhérer les acteurs aux principes de préservation de la santé sans responsabilisation ou mise en réflexion de leur rapport aux substances etc.

Cependant, de nouvelles dynamiques semblent être observées aujourd'hui. Elles passent par le développement de la communication auprès des employeurs, la création de projets interdisciplinaires visant à faciliter la prévention ou encore l'intérêt croissant lié à cette thématique. Plus encore, il semble aujourd'hui exister une urgence d'intervenir en prévention car les usages de SPA tendent à se démocratiser de plus en plus. Les risques associés s'avèrent ainsi couteux sur le plan humain et économique. Notre travail de recherche en est un des nombreux exemples témoignant de cette nouvelle dynamique. De nouvelles études ou de nouvelles plateformes tendent aujourd'hui à « rassurer » et encourager les acteurs voulant agir dans ce domaine. Pour exemple, les sites « addict'aide » et « addict'aide pro » (spécialisés pour les professionnels œuvrant pour la santé au travail) proposent divers éléments (fiches pratiques, études, rapports, interviews...) permettant de s'initier ou de développer la prévention autour des conduites addictives et addictions (ADDICTAIDE, 2020). Nous ne pouvons que soutenir ce type d'initiatives.

1.2 Des frontières indistinctes en matière de prévention

Enfin, nous pensons que notre étude a permis d'apporter une réflexion ciblée sur la question des différents types de prévention. En effet, les résultats de l'axe I nous ont montré que le domaine de la prévention était soit placé au sein des zones des éléments contrastés, soit au sein des périphéries des représentations professionnelles des acteurs de santé au travail. Hormis pour les médecins du

travail, ce constat montre ainsi que le terme « conduites addictives » ne sous-tend pas directement l'idée de la prévention. En revanche, les zones où ce domaine apparaît montrent qu'il peut jouer un rôle de tampon entre le réel et la représentation. Ce rôle, conféré par la zone des éléments contrastés des représentations, est important car il permet de « protéger » le contenu du noyau central sans le modifier. Quelles raisons permettent de justifier la place dédiée à la prévention au sein des représentations professionnelles ? L'axe II nous a permis de prendre conscience que bien souvent, ce sont les dysfonctionnements qui sont à l'origine de demande d'intervention en prévention primaire. Les acteurs des SSTI sont ainsi partagés entre la nécessité de proposer une intervention qui puisse satisfaire la demande formulée, et le besoin d'agir auprès des problématiques observées. Ce cas de figure s'est imposé deux fois dans le cadre de nos interventions (monographies n°2 et n°4). Les actions se sont alors toujours développées dans le cadre d'un compromis entre les attentes de l'entreprise, le cadre d'intervention, les moyens d'agir, les représentations et les situations réelles.

Agir en prévention primaire et collective dans un contexte où des problématiques sont existantes nous semble limité, encore plus lorsque la situation ne concerne qu'un individu. De ce fait, nous serions censés orienter nos interventions dans le cadre d'une prévention secondaire et/ou tertiaire. Mais dans cette logique, le type d'intervention diffère totalement. Nous ne nous situons alors plus dans le cadre de l'empêchement du risque, mais de la correction ou du soin. Les acteurs mobilisés ne sont également plus les mêmes. Les solutions d'interventions possibles à ce stade ont déjà été évoquées : orientation vers le médecin du travail ou traitant, éventuelle prise en charge via des organismes spécialisés... Cependant, l'orientation auprès des médecins du travail est-elle suffisante ? Compte tenu de la diversité des représentations concernant les conduites addictives, il nous semble aujourd'hui difficile de répondre à cette question. Nous avançons cependant le fait que les modalités actuelles de prises en charge semblent être en décalage par rapport à la demande des entreprises et des salariés. Elles sont parfois inexistantes pour la prévention secondaire et tertiaire en SSTI. Ce constat est nourri de l'idée qu'en matière d'action en prévention des usages de SPA, seules la prévention primaire bénéficie d'indications particulières. La formation des acteurs de SSTI

concernant la prise en charge dans le cadre d'une problématique liée à la consommation de SPA n'est ni un pré-requis à l'activité, ni un aspect obligatoire dans le cadre de leur développement professionnel. Cette situation s'explique à juste titre par les logiques institutionnelles évoquées plus tôt favorisant la prévention collective. Elle se justifie également par le fait que les représentations professionnelles associent encore majoritairement les causes de consommation à des facteurs extraprofessionnels. De ce point de vue, il nous semble que les actions de prévention seront toujours centrées sur « ce qui n'est pas pathologique », là « où le risque n'existe pas ». Changer ces pratiques pour inclure une prévention axée sur une prise en charge et de soin adaptée impliquerait une forte modification des représentations au niveau institutionnel, puis au niveau des acteurs du terrain. Cependant, il subsiste un décalage encore fortement ancré. Comment expliquer aujourd'hui que les représentations des acteurs des SSTI soient centrées sur les individus et les substances et que les logiques de santé et de prévention soient axées sur la prévention du risque ? Rappelons d'une part que la production de la santé au travail est tributaire d'un contexte économique, politique, social et des politiques publiques avant même d'être influencée par les aspects organisationnels du monde du travail (cf. Figure 7) (Montreuil et al., 2013, p. 9). D'autre part, les représentations et pratiques sont également soumises à des influences sociales normatives, aux contextes, et aux expériences des rapports de travail (Figure 13) (Blin, 1997, p.106). Pour palier ces écarts et contribuer au renforcement de leur lien, il semble donc nécessaire de concevoir la prévention d'une thématique aussi complexe que celle des conduites addictives et des usages de SPA comme dépassant les simples cadres primaires, secondaires ou tertiaires. Considérer qu'il existe plusieurs formes de prévention primaires, secondaires et tertiaires qui ne doivent pas être segmentées mais pratiquées en complémentarité peut être une piste intéressante de réflexion. Les monographies n°1 et n°4 nous ont ainsi permis d'amorcer timidement cette complémentarité en sensibilisant différents publics et différents postes tout en proposant des orientations lorsqu'elles semblaient nécessaires. Le simple fait de créer du lien entre les formes de prévention semble avoir un effet intéressant sur la perception globale de prise en charge au sein des SSTI. Nous avons néanmoins conscience que pour assurer des démarches de prise en charge qualitatives, il est nécessaire de leur insuffler de nouvelles formes de développement.

2. APPORTS MÉTHODOLOGIQUES

Des apports méthodologiques peuvent également être tirés de ce travail de thèse. Nous avons proposé d'approcher la prévention des conduites addictives en milieu de travail en combinant l'étude des représentations professionnelles des acteurs en SSTI à ce sujet et en conduisant directement des projets de prévention, en responsabilité. Nous avançons l'idée que les méthodes mobilisées dans le cadre de notre recherche semblent pertinentes pour étudier cette thématique.

2.1 Intérêt de l'étude des représentations professionnelles

Dans la construction de cette thèse, nous avons pensé le dispositif méthodologique à partir d'une approche plurifactorielle : du recueil de données quantitatives visant à l'identification des représentations professionnelles aux interventions sur le terrain. Nous avancerons ici les points d'intérêts que nous avons observés dans l'étude des représentations professionnelles.

Appréhender le domaine de la santé au travail sous l'angle des représentations professionnelles est une démarche encore peu pratiquée au regard du peu d'études et de recherches établies sur ce sujet. Nous convenons donc que l'approche mobilisée dans notre Axe I soulève de nombreuses limites que nous avons déjà développées. Cependant, il s'avère qu'avoir choisi cet angle d'approche a permis de mettre en lumière des faits intéressants. L'activité professionnelle est une activité sociale, elle ne peut donc avoir de sens que si elle est spécifiée (Blin, 1997, p.78). Le travail des acteurs en SSTI s'inscrit donc dans un système comprenant des représentations, des pratiques et des identités propres au contexte de sa réalisation. Malgré le fait que les représentations professionnelles appartiennent au champ des représentations sociales (Piaser et Bataille, 2013, p.6), elles génèrent un mode de fonctionnement qui leur est propre. S'y intéresser permet donc de saisir une réalité tout à fait spécifique. En effet, les connaissances développées par les acteurs du travail dans le monde professionnel ont une visée utile :

« Dans la communication et l'action, l'individu, pour des raisons d'efficacité, est amené à stabiliser son savoir professionnel (ni scientifique et ni de sens commun) relatif à l'objet » (Blin, 1997, p.86).

Cette notion de « stabilisation » nous semble particulièrement importante. En effet, elle suggère un travail de focalisation sur certains objets ou aspects liés à la pratique professionnelle. Cela peut notamment expliquer qu'en fonction des rôles, des professions de chaque acteur, les « objets focalisés » seront différents. Les deux axes que nous avons menés nous ont conduits à observer ces dissemblances. Notre outil de recueil a permis de montrer des représentations professionnelles hétérogènes en fonction des professions, mais également des niveaux différents d'intérêt ou encore de formation. Concernant notre expérience en milieu de travail, la simple existence de groupes de travail spécialisés sur thématiques conduit inévitablement à un développement des connaissances inégal en fonction des différents acteurs. Cette forme de spécialisation induite par les pratiques peut être une ressource dans le sens où elle contribue à développer l'expertise et la pratique des acteurs qui en bénéficient. *A contrario*, nous supposons qu'elle peut présenter des limites en rendant plus complexe le transfert de connaissances ou le partage des représentations du à la constitution de noyaux centraux trop différents. Les contraintes que nous avons soulignées dans notre axe II concernant le manque de temps et d'espaces d'échanges servant à l'analyse des pratiques (Lagadec, 2009, p.4) pourrait également impacter ces écarts de représentations. Dans le cadre de notre travail, nous avons tenté de réduire ce décalage en proposant d'ouvrir un espace de réflexion et de sensibilisation auprès de l'ensemble des salariés du SMTVO sur la prévention des conduites addictives. Néanmoins, du fait des missions ordonnées par la direction du service, nous n'avons pu bénéficier officiellement de ce temps d'intervention pourtant nécessaire.

Mobiliser les représentations professionnelles nous a également permis de rendre compte de l'existence de dissemblances au niveau des systèmes représentationnels des acteurs de SSTI. En effet, les résultats observés ont permis de montrer que les aspects relatifs à la prévention des conduites addictives tels que les freins, ressources, le niveau d'intérêt, le temps passé etc. peuvent être tout à fait différents d'une profession à l'autre. A titre d'exemple, rappelons le degré d'intérêt plus important chez les IDST que chez les préventeurs, ou encore l'effet de la formation sur le niveau d'intérêt concernant cette thématique de prévention.

Il nous paraît nécessaire d'appuyer le fait que la prise en compte de ces différences est importante pour articuler le rôle de chaque profession dans la prévention des conduites addictives. « Prendre en charge » et « prévenir des risques » revêtent des finalités diverses qui doivent être articulées en complémentarité afin de proposer un dispositif d'accompagnement adapté. Comme nous le soulignons dans la partie précédente, étudier les représentations professionnelles permet d'accéder aux identités formées dans le cadre d'un champ d'activité et d'en saisir les enjeux et pratiques qui en découlent (Blin, 1997, p.130). Identifier et mettre en discussion les RP des acteurs des SSTI en lien avec leurs pratiques pourrait permettre d'aboutir à l'émergence de nouvelles formes de prévention adaptées aux problématiques du terrain.

2.2 Intérêt d'une recherche-action

Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, nous avons intégré le SMTVO en tant que doctorant et psychologue du travail intervenant dans le cadre d'une CIFRE. Notre travail recherche a pu s'inscrire dans des interventions dont la thématique principale était en partie l'objet de notre thèse, donnant ainsi lieu à une démarche de « recherche-action » (Hellec, 2014, p.102). Cet aspect implique une forme de déroulement particulière. En effet, les conventions CIFRE sont parfois soumises à des réalités du terrain, impliquant une adaptation. Dans ce cas de figure, le doctorant est alors confronté à la réalisation quasiment exclusive de tâches opérationnelles. Notre expérience s'est positionnée dans un mode médian, notre temps de travail s'est articulé autour des activités de recherche et d'autres tâches opérationnelles que nous n'avons pas forcément évoquées ici. Cette logique dépeint une réalité propre aux structures dont le fonctionnement n'est pas basé sur la recherche. En effet, intervenir en milieu de travail nécessite d'accepter de s'inscrire dans un cadre et de s'y adapter (Cateura, 2007, p.127).

De manière plus générale, ce type de formation par l'action expose a priori de nombreux avantages, il permet notamment :

« *D'accéder à un terrain de manière privilégiée et sur une longue durée, tout en étant rémunéré* » (Morillon et Gardère, 2009, p.191-192).

En cela, la CIFRE permet un développement professionnel qualifiant. Cependant, elle peut également être la source de complexités pratiques ou épistémologiques dues à l'organisation des univers pratiques et universitaires (Foli & Dulaurans, 2013, p.2). Cette organisation peut être à l'origine de discordances pouvant impacter la situation du doctorant-intervenant, notamment lorsque l'on s'intéresse à un sujet aussi complexe que celui des conduites addictives et usages de substances. Dans le cadre de notre expérience, il s'avère que ce type de contrat s'est posé comme un moyen solide d'impulser une réflexion au sein de l'entreprise concernant les démarches de prévention. Notre travail a su provoquer certaines résonances auprès des professionnels du service. Celles-ci ont été bénéfiques dans le développement de nos interventions ainsi que dans les projets annexes dont nous avons pu tirer de nombreux bénéfices (cf. Partie III – Projets annexes aux interventions). En ce sens, la recherche se présente comme un moyen intéressant de créer des espaces d'échange pouvant *in fine* participer au développement des pratiques.

D'un point de vue pratique, les projets développés au sein du SMTVO semblent avoir eu une certaine influence dans les pratiques d'intervention. Le fait d'avoir été nommés « copilote » du groupe de travail « Addictions », d'avoir eu la responsabilité d'organiser des matinales de prévention ou encore d'avoir représenté le service lors de congrès⁶⁶ témoignent d'un développement des relations de confiance et de l'inscription de notre travail au sein du service. De ce point de vue, la recherche appliquée au domaine de la santé au travail est tout à fait plausible et réalisable. La CIFRE semble ainsi être une ressource efficace.

Enfin, ce type de convention permet également de renforcer les liens entre les communautés scientifiques et professionnelles appliquées. La rencontre de différents acteurs de l'université, du SMTVO et d'autres structures spécialisées en santé au travail (INRS, CARSAT, ISTNF...) justifie ce renforcement. Les interventions que nous avons menées ont servi d'appui à notre travail, permettant d'établir des réflexions en lien avec les résultats de notre axe I. C'est dans ce cadre que nous concevons également un lien entre la sphère professionnelle et appliquée et celle de

⁶⁶ Nous faisons ici référence à la journée « Conduites Addictives et travail : quelle(s) prévention(s) ? » organisée en 2019 par l'ISTNF.

la recherche fondamentale. Nous avançons l'idée que la recherche-action est une approche intéressante pour étudier des phénomènes complexes nécessitant de croiser les regards et de mettre en réflexion différents acteurs (Lesaunier et al., 2011, p.24). Elle est également un processus de co-formation mobilisant de nouvelles compétences et de nouveaux savoir-faire chez l'ensemble des acteurs y prenant part (Seibel & Hugon, 1987, p.12).

3. IMPLICATIONS PRATIQUES

Les résultats obtenus dans notre thèse ont également des implications pratiques, à la fois pour les services de santé au travail interentreprises dont le SMTVO, mais aussi pour les instances nationales visant la prévention des risques au travail.

3.1 Recommandations sur la sensibilisation et le développement des acteurs de SSTI

Au regard des deux axes que nous avons développés, nous soulignons l'intérêt des sensibilisations et du développement des acteurs de SSTI concernant la prévention des conduites addictives. Les résultats de nos deux axes nous ont en effet montré l'existence d'un décalage entre leurs représentations et les orientations institutionnelles portées par les instances gouvernementales. Au travers de notre expérience, nous avons saisi l'enjeu des liens qui unissent représentations, pratiques professionnelles et actions en milieu de travail. Il ne nous semble pas nécessaire que chaque acteur soit spécialiste de chaque thématique attenante à la santé au travail. Cependant, l'objectif d'aboutir à un socle de représentations communes intégrant les questions de prévention et le fait que les usages de substances psychoactives ne découlent pas uniquement des sphères extraprofessionnelles nous semble intéressant. Nous avons conscience que la question de la formation et de la professionnalisation est complexe à traiter. La multiplication et la diversification des activités professionnelles impliquant des identités et pratiques professionnelles soulèvent un double questionnement éthique et politique. D'une part, faut-il chercher à atteindre l'homogénéité ou l'unicité au sein des acteurs de la santé au travail ? D'autre part, les dissemblances entre groupes et professions permettent-elles toujours le travail collectif ? Au regard de notre travail, nous considérons que les

dispositifs de sensibilisation ou de développement professionnel doivent être source d'identité et de compétences. Ils doivent également être envisagés dans un cadre « microsocial ou microgroupe » (Blin, 1997, p.211), soit un effectif restreint appartenant au même groupe, afin de faciliter l'interaction et l'échange d'opinions.

Évoquer le terme de « développement professionnel » sous-entend une évolution des compétences afin de rendre les professionnels acteurs de leur transformation. Cette démarche permettrait notamment de les amener à faire le lien entre leur représentation et leur pratique pour éventuellement s'en décentrer et tester de nouvelles approches.

3.2 Recommandations sur la formation des acteurs en milieu de travail

Au même titre que les réflexions avancées précédemment, nous recommandons naturellement de sensibiliser et de former les acteurs des entreprises en matière de prévention des usages de psychotropes. Il convient alors d'établir une réflexion sur la différence entre sensibilisation et formation. La formation en SSTI peut être définie comme :

« L'instruction et les pratiques visant l'acquisition d'habiletés et de connaissances relatives aux règles, concepts ou attitudes nécessaires pour travailler dans un contexte spécifique de tâche. En SST, la formation peut consister en la reconnaissance du risque et ses mesures de contrôle, l'apprentissage de pratiques sécuritaires de travail [...], l'acquisition de connaissances des mesures d'urgences et d'actions préventives » (Cogen et Coligan, 1998, p.11 cité dans Montreuil et al., 2013, p.296).

Au regard de cette définition, nous pouvons appuyer le fait que la sensibilisation fait partie intégrante de la formation dans le sens où elle permet de rendre un groupe sensible à un objet pour lequel il n'aurait pas forcément développé d'intérêt. L'aspect de sensibilisation est donc primordial pour amorcer la formation. Les dispositifs que nous avons développés et les retours obtenus dans le cadre de notre axe II témoignent d'ailleurs de cette importance.

Les dispositifs de formation développés pour les acteurs des entreprises doivent également prendre en compte le type de poste et de public concerné. En

effet, les objectifs à atteindre ne doivent être forcément unilatéraux. Centrées sur l'information des risques existants ou sur les démarches à suivre pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui, les formations répondront *in fine* à une logique globale : prévenir des risques et limiter les impacts sur la santé des collaborateurs. Nous avançons cependant l'idée que la formation n'est pas une réponse toujours idéale et unique pour répondre à des problématiques de terrain. Elles peuvent ou doivent dans certains cas être accompagnées de démarche de prévention et de modifications dans la situation de travail. Lorsque seule la démarche de formation est envisagée, les possibilités de changements attendus en prévention sont plus faibles (Montreuil et al, 2013, p.298).

3.3 Recommandations sur le développement interne et externe de la pluridisciplinarité

Enfin, nous recommandons également aux SSTI de développer les actions de travail collectif et pluridisciplinaire. En effet, les résultats de notre enquête témoignent de l'importance accordée par les acteurs des services à la pluridisciplinarité interne et avec les acteurs externes aux services. Nos actions en milieu de travail nous ont montré l'efficacité du travail collectif et pluridisciplinaire dans le développement des actions de prévention. Nous l'avons vu, la pluridisciplinarité au sein des SSTI a fait l'objet d'un arrêté paru en décembre 2003, puis a été renforcée par la loi de juillet 2011 qui a initié la fonction des équipes pluridisciplinaires. Ces changements ont eu une influence particulière sur le fonctionnement des services. La notion de pluridisciplinarité semble quant à elle avoir été largement intégrée par les acteurs. Cependant, il est possible de questionner la représentation et la définition que ces derniers accordent à la notion. En effet, il semblerait que les membres des équipes pluridisciplinaires n'y développent pas le même rôle. Le médecin du travail se retrouve alors chargé d'organiser cette pluridisciplinarité en plus de ses missions de suivi et d'intervention. Nous l'avons déjà souligné, cette situation peut être à l'origine d'incompréhensions voire de conflits au sein du service (Madrières, 2021, p.66). Le contenu de la nouvelle loi « santé et travail » tend d'ailleurs à faire évoluer de nouveau le rôle des médecins du travail en divisant leur temps de travail. Ainsi, ils consacreront un tiers de leur temps à ses missions en milieu de travail, et deux tiers seront alloués à la participation aux instances internes de l'entreprise et aux

instances territoriales de coordination. Il sera nécessaire d'être vigilant quant à l'accompagnement de ces acteurs dans le développement de leurs nouvelles missions. En effet, il sera sans doute un élément important pour le maintien et le bon fonctionnement des équipes pluridisciplinaires.

Les interventions que nous avons menées dans le cadre de notre travail de recherche montrent que la pluridisciplinarité dépasse largement l'addition de disciplines plus ou moins proches. Elle peut s'avérer être un cadre de réflexion sur les pratiques comme cela a été le cas du groupe de travail « Addictions région Oise ». Elle peut être aussi un espace de construction d'interventions adaptées en fonction des terrains, et ce grâce à l'échange d'expériences et de connaissances (cf. Monographies). Avec un certain recul, l'on se rend compte que la pluridisciplinarité fait inévitablement appel à d'autres formes de travail collectif :

- L'interdisciplinarité permettant de prendre en compte les contributions d'autres disciplines ;
- La transdisciplinarité impliquant le fait que les disciplines se reconnaissent entre elles et instaurent des échanges (Madrières, 2021, p.64).

L'on aurait tendance à dire que la transdisciplinarité est une forme presque « idyllique » de travail collectif, et que les SSTI devraient tendre à cette dernière. Mais il est important de comprendre que le travail réalisé par les acteurs s'inscrit dans des réalités de terrain. Ces réalités sont à la fois productrices de ressources et de contraintes de divers ordres. Pour ne donner qu'un exemple en termes de contraintes, nous avons déjà souligné les enjeux sociaux et politiques empêchant la création d'espace et de temps d'échanges considérés comme nécessaires pour les professionnels de SSTI. *A contrario*, rappelons que notre travail a pu être inscrit dans le réseau « addictions et entreprise » porté par l'ISTNF. Ce dernier rassemble des représentants des services de santé au travail des Hauts-de-France (médecins du travail, infirmiers santé-travail, assistantes santé travail) et de la MSA, l'inspection médicale du travail, un pharmacien toxicologue, une juriste ainsi que les associations Anpaa, et Eclat-Graa. Il nous a notamment permis de présenter les avancées de nos recherches dans le cadre de réunions, et de bénéficier de retours réflexifs afin de faciliter leur réalisation.

Le processus de transition impulsé par le rapport « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* » (Lecocq et al., 2018) prévoyait à l'origine la création de guichets uniques régionaux, regroupant : les services de santé au travail interentreprises (SSTI), les représentations régionales de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), et la branche prévention des CARSAT (assurance-retraite). La transposition de ce rapport à la loi du 2 août 2021 semble ne pas avoir intégré cette mesure. Nous soulignons cependant l'intérêt d'ouvrir des espaces d'échanges pluridisciplinaires afin de renforcer les actions collectives.

4. APPORTS DE LA PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL A LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU DE TRAVAIL.

Cette thèse concernait une thématique peu questionnée jusqu'alors. Dans ce cadre, notre travail a consisté à identifier les représentations des professionnels de la santé au travail à ce sujet et à développer des actions de prévention centrées sur les conduites addictives et les risques psychosociaux. Comme nous l'avons abordé précédemment, les usages de SPA se situent à la frontière des sphères personnelles et professionnelles. Les types de prévention s'articulant autour de cette thématique doivent prendre en compte cet aspect afin de proposer des actions respectueuses de l'individu. En tant que chercheur intégré au sein du service comme psychologue du travail et intervenant, nous avons développé notre démarche dans le cadre du respect du code de déontologie des psychologues (2021). Néanmoins, les interventions que nous avons conduites se sont souvent inscrites dans des environnements à forts enjeux, que ce soit pour les directions, le service de santé ou encore les acteurs de l'entreprise. En tant que psychologue, nous ne pouvons occulter notre responsabilité sociale et il est important de porter un regard global sur le système au sein duquel nous intervenons (Rogard, 2019, p.208). Au-delà du fait que cet aspect nous semble aujourd'hui primordial pour la réussite d'une intervention, il est un pré-requis essentiel pour le respect d'autrui. Concernant la thématique des conduites addictives et usages de SPA, il nous a parfois été demandé par certains membres de direction d'intervenir pour prendre en charge les

personnes « soupçonnées de consommer », peu importe la méthodologie établie. Après échanges, ces demandes témoignaient majoritairement de craintes liées aux risques engendrés par les usages de SPA en milieu de travail et d'un défaut de connaissances liées aux actions possibles autres que la prise en charge directe.

Ces situations nous ont amené à percevoir l'intérêt d'intégrer le regard d'un psychologue du travail sur cette thématique. En effet, ce dernier permet la définition d'un cadre d'intervention respectueux du code auquel il est soumis et renforce donc les caractères éthiques et déontologiques des interventions (Rogard, 2019, p.209). Dans des organisations où l'individu peut être perçu comme une valeur venant alimenter un certain nombre d'indicateurs, aborder ces thématiques de prévention implique une rigueur particulière en matière d'éthique et de déontologie. Cet aspect est valable dans tous les types d'intervention, qu'il s'agisse d'une prise en charge individuelle ou collective. L'appui d'un psychologue du travail peut ainsi faciliter l'émergence de réflexions autour des dimensions humaines, techniques, éthiques et déontologiques liées au travail (Gille, 2021, p.126). Le dialogue et l'instauration d'un cadre éthique d'intervention sont aujourd'hui des pré-requis nécessaires à la réussite de démarche de prévention et de réduction des risques (Girard, 2009, p.138).

Plus globalement, l'intérêt que la psychologie du travail et des organisations manifeste pour le bien-être et la performance des salariés nous semble être un élément indispensable pour le développement de la prévention. De par les connaissances existantes dans cette discipline, elle permet l'intervention à différents niveaux de la démarche de diagnostic, d'analyse et de conception des dispositifs de prévention (Kouabenan, 2019, p.343). Les interventions que nous avons conduites témoignent de ce caractère ouvert et dynamique que propose l'intervention en psychologie du travail et des organisations. Axée sur la compréhension de l'activité, elle permet le développement individuel et collectif de ressources pour « mieux vivre » le travail (Bobillier-Chaumont et al., 2019, p.14). Dans une perspective plus large, elle vise une logique de changement du travail par le développement de modes d'organisation qualifiant et apprenant.

De par une diversité de méthodes centrées sur la personne, le travail, l'activité, le cadre, l'organisation de travail ou encore l'intervention, la PTO permet la

transformation dans une logique bénéfique d'un point de vue collectif. La richesse des domaines d'application dont elle fait preuve permet d'approcher la prévention par le biais de différentes méthodologies. Grâce au croisement d'une enquête axée sur l'identification des représentations professionnelles et de dispositifs d'intervention en milieu de travail, notre travail de recherche nous semble être un exemple supplémentaire et innovant contribuant à démontrer la richesse de ses applications. Le rôle de cette discipline a, au fil du temps, permis son intégration au sein des structures de prévention que représentent les SSTI. Au regard des évolutions des dernières décennies, nulle doute que son rôle dans la compréhension des logiques et des dynamiques qui animent le monde du travail fera d'elle un allier incontournable pour la prévention.

5. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Pour finir, notre travail de thèse présente des limites pour chaque axe que nous avons développé précédemment. Leur articulation en fait apparaître de nouvelles dont nous pouvons tirer des perspectives de recherche. Nous souhaitons souligner qu'au sein de notre partie d'introduction et d'appréhension du sujet, il aurait été pertinent de pouvoir réaliser un entretien de contextualisation avec un employeur comme nous avons pu le faire avec différents acteurs (cf. Partie I – De la découverte à l'appropriation des enjeux). En effet, afin de constituer nos connaissances dans le domaine de la prévention, il aurait été pertinent de pouvoir proposer une rencontre avec les acteurs bénéficiaires des services proposés par les SSTI. Cela nous aurait sans doute permis de cerner des enjeux liés à notre thématique de recherche que nous n'avons pu identifier au préalable.

Une autre limite à pointer réside dans l'impossibilité d'avoir pu articuler les deux axes lors de notre expérience au sein de SMVTO. En effet, au regard du cadre temporel dans lequel nous étions inscrits, nous n'avons pu réaliser qu'un traitement jusqu'alors partiel des données de l'axe I. Celui-ci nous a tout de même permis de tirer quelques réflexions qui ont su alimenter nos monographies, notamment concernant l'orientation des représentations vers une appréhension individuelle. Cependant, l'impossibilité d'en tirer des réflexions plus complètes a longtemps questionné la mise en lien entre les deux axes que nous avons développés. Nous

doutions de pouvoir proposer une articulation pratique de ces derniers *a posteriori*. Il s'avère néanmoins que les interventions proposées dans le cadre de l'axe II ont fait écho à certaines ressources ou certaines contraintes identifiées dans l'axe I. Il nous a également été permis de créer du lien entre le contenu des représentations professionnelles, pratiques et la façon dont est articulée la prévention en santé au travail au sujet des conduites addictives.

Il aurait été pertinent de pouvoir évaluer l'impact de notre expérience au sein du SMTVO auprès des collaborateurs avec lesquels nous avons conduit nos interventions. Nous pensons particulièrement aux membres du groupe de travail « Addictions » avec qui nous avons longuement travaillé au développement de la prévention des conduites addictives et usages de substances en milieu de travail. Leur retour aurait constitué un aspect supplémentaire à proposer dans le cadre de l'articulation de nos deux axes. Au regard de notre première étude menée en 2017 (Fettah, 2017), il aurait été possible de remarquer des changements ou évolutions en termes de représentations ou d'approches.

Enfin, la limite que nous évoquerons en dernier est à mettre en lien avec celle que nous avons déjà évoquée dans le cadre de notre axe II : l'impossibilité de proposer des interventions réunissant directement les conditions de travail et la consommation de substances psychoactives. Néanmoins, nous soulignons que certains éléments sont apparus au cours de nos interventions (monographies n°1, 3 et 4), et que les différents projets auxquels nous avons pris part (groupe de travail addiction région oise) œuvrent pour la reconnaissance de ces liens. Nous insisterons sur le fait que ces derniers souffrent de zones d'ombres dont il est difficile de se séparer (Crespin et al., 2017, p.278 ; Lhuillier, 2010, p.33). Cette opacité est nourrie d'un ensemble de facteurs que nous avons abordés dans le cadre de notre cadre théorique : une prégnance du schéma déterministe « cause-effet », un temps de latence entre exposition aux risques et les manifestations psychologiques ou physiques, individualisation des questions de santé... autant d'éléments qui contribuent au « brouillage » des pistes établies entre santé et travail (Lhuillier, 2010, p.33-36). Leur complexité a donc souvent tendance à provoquer l'euphémisation des risques auprès de certains acteurs (Crespin et al., 2017, p.280). Par la mise en exergue des usages de SPA et des conditions de travail au sein de notre enquête et

la conduite de plusieurs interventions sur les deux sujets, nos travaux ont permis d'instaurer leur mise en lien de différentes façons et à divers degrés pour les deux axes. Le constat selon lequel de nombreux acteurs de SSTI considèrent l'existence d'un lien entre les deux témoigne d'un avancement des réflexions qui pourra *in fine* être la source d'un changement des représentations et des pratiques.

Au regard de ces constats, nous considérons que les questionnements qui habitent notre thématique de recherche ne sont pas taris. Nous espérons que cette modeste contribution sera la source de nouveaux travaux de recherche. La question des représentations professionnelles nous paraît à présent incontournable pour identifier les pratiques professionnelles. En considérant le système complexe qui découle de l'étude de la prévention des conduites addictives en milieu de travail, nous pensons que de nombreuses perspectives de recherche peuvent être amorcées : étude de l'organisation interne des représentations, du rôle des acteurs en SSTI dans cette thématique, interroger les applications pratiques de la pluridisciplinarité... Pour notre part, notre travail nous a permis de nous inscrire dans des projets d'envergure qui – nous l'espérons – proposeront des réflexions aidant au développement de la prévention sur ce sujet. En 2020, nous avons ainsi intégré un groupe de travail en partenariat avec la Haute Autorité de Santé dans le but de rédiger des recommandations de prévention des usages de SPA pour la pratique clinique. Nous aurons également la possibilité de collaborer avec l'INRS afin de réaliser une enquête des actions des SST concernant la prévention des conduites addictives. Enfin, nous aurons l'opportunité d'expérimenter un cadre de développement professionnel en intégrant une structure de formation visant à former et sensibiliser les acteurs des SSTI dans la prévention des usages de SPA en milieu de travail.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J. C. (1976). Le réenchantement du monde. Dans A. Touraine (Éd.), *Au-delà de la crise* (p. 137-176). Le Seuil.
- Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. DelVal.
- Abric, J. C. (1994a). L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique. Dans C. Guimelli (Éd.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 73-84). Delachaux et Niestlé.
- Abric, J. C. (1994b). *Pratiques sociales et représentations*. Presses universitaires de France.
- Abric, J. C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Dans J. C. Abric (Éd.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 59-80). Erès.
- Abric, J. C. (2007). *L'approche structurale des représentations sociales* [Diapositives]. SlidePlayer. <https://slideplayer.fr/slide/458673/>
- Abric, J. C. (2016). *Pratiques sociales et représentations* (2e éd.). PUF.
- Abric, J. C., & Vergès, P. (1994). La représentation sociale de la banque. *Etudes et Recherches du Gifresh*, 26.
- Académie Nationale de Médecine. (2006). Définition du mot drogue. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 190(8), 1831-1832.
<https://www.academie-medecine.fr/definition-du-mot-drogue/>
- Achab, S., Haffen, E., Thorens, G., & Zullino, D. (2018). Dépression et addictions sans substance. Dans F. Bellivier & E. Haffen (Éds.), *Actualités sur les maladies dépressives* (p. 230-235). Lavoisier.
- ADDICTAIDE. (2020). *Les addictions en milieu professionnel - Addict Aide Pro - Conseils, informations, témoignages, actualités. . . sur les addictions au travail, en entreprises et en milieu professionnel*. Les addictions en milieu professionnel - Addict Aide Pro. <https://www.addictaide.fr/pro/>
- Addictologie. (s. d.). Dans *Le Robert*. Consulté le 28 janvier 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/addictologie>
- Airagnes, G., Lemogne, C., Goldberg, M., Hoertel, N., Roquelaure, Y., Limosin, F., & Zins, M. (2018). Job exposure to the public in relation with alcohol, tobacco

- and cannabis use : Findings from the CONSTANCES cohort study. *Plos One*, 13(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196330>
- Althaus, V., & Brangier, E. (2019). L'intervention. Dans G. Valléry, B. M. Chaumon, E. Brangier, & M. Dubois (Éds.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (2e éd., p. 265-269). DUNOD.
- Althaus, V., Kop, J. L., & Grosjean, V. (2019). Qualité de vie au travail. Dans G. Valléry, M. É. Bobillier-Chaumon, É. Brangier, & M. Dubois (Éds.), *Psychologie du Travail et des Organisations* (p. 355-357). Dunod.
- Ameli. (2007). *Points de repère n°12 - Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments* (No 12). <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-12-consommation-medicamenteuse-en-europe.php>
- American Psychiatric Association, & Association, A. P. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ames, G. M., Grube, J. W., & Moore, R. S. (2000). Social control and workplace drinking norms : a comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 203-219. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.203>
- Ames, G. M., & Janes, C. R. (1987). Heavy and problem drinking in an American blue-collar population : Implications for prevention. *Social Science & Medicine*, 25(8), 949-960. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90266-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90266-8)
- ANACT. (2010). Le réseau ANACT-ARACT. *Savoirs*, 23(2), 105. <https://doi.org/10.3917/savo.023.0105>
- ANACT. (2016). *10 Questions sur la qualité de vie au travail*. <https://www.anact.fr/sites/anact/files/10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-2016.pdf>
- Analyses de livres. (2010). *Santé Publique*, 22(2), 265. <https://doi.org/10.3917/spub.102.0265>
- Ancet, P. (2008). La santé dans la différence. *Philosophia Scientiae*, 12-2, 35-50. <https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.103>
- ANSM. (2017, 23 mai). *Rapport Benzodiazépines*. Addictovigilance Paris. <http://addictovigilance.aphp.fr/2017/05/23/ansm-rapport->

- benzodiazepines/#:%7E:text=Des%20donn%C3%A9es%20de%20l%27Assurance,des%20anxiolytiques%20(-3.8%25).
- ANSM. (2019, février). *État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques*. http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/01/Rapport_Antalgiques-Opioides_Fev-2019_3.pdf_2019-03-06.pdf
- Apostolidis, T. (1998, janvier). *Penser le rapport au sexuel à l'époque du sida : Représentations sociales de la sexualité dans une population de jeunes adultes en France et en Grèce*. Paris : EHESS.
https://www.researchgate.net/publication/272198730_Apostolidis_T_2001_Penser_le_rapport_au_sexuel_a_l%27epoque_du_sida_Lille_Presses_Universitaires_du_Septentrion
- Apostolidis, T. (2005). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. Dans J. C. Abric (Éd.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (Hors collection éd., p. 13-35). Toulouse, Érès.
- Arborio, A. M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 90(3), 26.
<https://doi.org/10.3917/rsi.090.0026>
- Arnaud, B., & Mellet, E. (2019). Outil 6. Dépasser ses biais cognitifs. Dans B. Arnaud & E. Mellet (Éds.), *La boîte à outils de la psychologie positive au travail (BàO La Boîte à Outils)* (p. 28-31). DUNOD.
- Askenazy, P., Baudelot, C., Brochard, P., Brun, J., Cases, C., Davezies, P., Falissard, B., Gallie, D., Griffiths, A., Grignon, M., Imbernon, E., Leclerc, A., Molinier, P., Niedhammer, I., Parent-Thirion, A., Verger, D., Vézina, M., Volkoff, S., Gollac, M., . . . Bodier, M. (2012). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Association ADDITRA. (s. d.). *Additra - Nos mission*. ADDITRA. Consulté le 8 janvier 2021, à l'adresse https://www.additra.fr/crbst_1.html
- Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. (s. d.). *Addictionnaire : réflexion sémantique en addictologie*. ANPAA-Normandie.

- Consulté le 21 avril 2021, à l'adresse <https://www.anpaa-normandie.fr/recherche/location.href=/media-files/9625/addictionnaire.pdf>
- Assurance Maladie. (2019). *Santé et Sécurité au travail : l'Essentiel 2019*.
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707773/document/lessentiel-2019_assurance-maladie_0.pdf
- Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016). Traité d'addictologie. Dans M. Reynaud, L. Karila, H. J. Aubin, & A. Benyamina (Éds.), *Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?* (p. 78-83). LAVOISIER.
<https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0078>
- Baggio, S., & Renaud, O. (2015). Détecter la centralité des éléments d'une représentation sociale : un indice alternatif de mesure. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 105(1), 33-52.
<https://doi.org/10.3917/cips.105.0033>
- Baitan, M., & Rochat, S. (2019). La perte de sens au travail : comment y faire face. *Gestion*, 44(2), 106-108. <https://doi.org/10.3917/riges.442.0106>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. PUF.
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000, mars). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. (No 238). Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail. Etudes et recherches. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-238.pdf?v=2021-08-29>
- Baril-Gingras, G. (2013). La production sociale de la santé et de la sécurité au travail. Dans S. Montreuil, P. S. Fournier, & G. Baril-Gingras (Éds.), *L'intervention en santé et en sécurité au travail* (p. 23-108). PU LAVAL.
- Baril-Gingras, G., Montreuil, S. M., & Fournier, P. S. F. (2013). La santé et la sécurité du travail, au coeur du travail et de l'emploi : un modèle intégrateur. Dans *L'intervention en santé et en sécurité du travail : Pour agir en prévention dans les milieux de travail* (1re éd., p. 13). Presses Université Laval.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lévy, A. (2002). Observation Participante. Dans *Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions* (p. 375-390). Erès.
- Battaglia, N., & Décamps, G. (2010). Psychologie des conduites addictives. *Psychologie Française*, 55(4), 259-260.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.10.002>

- Beck, F. (2017). Usages des drogues et pratiques addictives en France. *SOINS*, 816(62), 26-29. <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/dossier-soins/les-conduites-addictives.html>
- Beck, F., Guignard, R., Léon, C., Ménard, C., & Richard, J. B. (2013a). Usage de substances psychoactives et milieu de travail. *La Santé en Action*, 425, 42-44. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2013-n-425-recherche-interventionnelle-en-sante-publique-quand-chercheurs-et-acteurs-de-terrain-travaillent-ensemble>
- Beck, F., Guignard, R., Léon, C., Ménard, C., & Richard, J.-B. (2013b). Des substances psychoactives plus consommées dans certains secteurs de travail. *La Santé en Action*, 425, 42. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
- Beck, F., Palle, C., & Richard, J. B. (2016). Liens entre substances psychoactives et milieu professionnel. *Le Courrier des Addictions*, 18(1), 18-22. <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/liens-entre-substances-psychoactives-milieu-professionnel>
- Béjean, S., & Trontin, C. (2004). *Conditions de travail et coût du stress : une évaluation économique*. (INRS, Éd.). https://www.researchgate.net/publication/228862796_Conditions_de_travail_et_t_cout_du_stress_une_evaluation_economique
- Benckroun, T. H. (Éd.). (2016). *Intervenir en ergonomie : analyser le travail pour le comprendre et transformer le travail pour le concevoir*. https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2017/03/Actes_version_intégrale.pdf
- Bensadon, A. C., Barbezieux, P., & Champs, F. O. (2013, juin). *Interactions entre santé et travail* (Inspection Générale des Affaires Sociales, Éd.). https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-069R_-_sante-Travail_-_DEF.pdf
- Benyamina, A., Blecha, L., & Kosim, M. (2014). Alcool et comorbidités psychiatriques : une prise en charge pharmacologique simultanée. *Alcoologie et Addictologie*, 36(2), 117-121. <http://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/551>

- Bergeron, H. (2003). *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*.
Revue Française de Sociologie. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_1_5350
- Bernard, S. (2008). Philippe Askenazy, Damien Cartron, Frédéric de Coninck et Michel Gollac (dir.), Organisation et intensité du travail. *Sociologie du travail*, 50(1), 92-93. <https://doi.org/10.4000/sdt.18626>
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.
<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
- Bioy, A., & Fouques, D. (2016). 1. Présentation de la psychologie clinique. Dans *Psychologie clinique et psychopathologie* (Dunod éd., p. 1-23).
<https://doi.org/10.3917/dunod.fouqu.2016.01>.
- Blin, J. (1997). *REPRESENTATIONS, PRATIQUES ET IDENTITES PROFESSIONNELLES (Action et savoir) (French Edition)* (L'Harmattan éd.). Editions L'Harmattan.
- Bobillier Chaumont, M. E., & Sarnin, P. (2012). *Manuel de psychologie du travail et des organisations*. De Boeck.
- Bonaldi, C., & Hill, C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 5(6), 97-108.
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-mortalite-attribuable-a-l-alcool-en-france-en-2015#:~:text=Résultats%20%3A%20en%202015%2C%2041%20000,de%2015%20ans%20et%20plus>.
- Bonnefond, J.-Y., & Clot, Y. (2018). Clinique du travail et santé au travail : ouvertures, perspectives et limites. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 20-1, 1-25. <https://doi.org/10.4000/pistes.5538>
- Bréchet, J. P. (2008). Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel. *Revue française de gestion*, 34(184), 13-34.
<https://doi.org/10.3166/rfg.184.13-34>
- Brun, J. P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail* (R-514). Québec : Institut de recherche

- Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-514.pdf?v=2021-08-31>
- Brusset, B. (2001). Oralité et attachement. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1447-1462. <https://doi.org/10.3917/rfp.655.1447>
- Cateura, O. (2007). *Dynamique des stratégies concurrentielles dans un contexte de libéralisation : le cas de l'industrie électrique en France*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00257414>
- Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité - Cahiers de l'APLIUT, Vol. XXI N° 3*, 8-20.
<https://doi.org/10.4000/apliut.4276>
- Catteeuw, M. (2002). L'approche psychodynamique des addictions : réflexions épistémologiques et implications méthodologiques. *L'Évolution Psychiatrique*, 67(2), 312-325. [https://doi.org/10.1016/s0014-3855\(02\)00129-9](https://doi.org/10.1016/s0014-3855(02)00129-9)
- CERéDéPsy. (2021). *Code de Déontologie des psychologues 2021 - Code de déontologie des psychologues. Code Français*.
Codededeontologiedespsychologues.
<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/Code-de-Deontologie-des.html>
- Chabaud, C. (1990). Tâche attendue et obligations implicites. Dans M. Dandoy, C. Henry, B. Hillau, G. de Terssac, J.-F. Troussier, & A. Weill-Fassina (Éds.), *Les analyses du travail, enjeux et formes* (p. 174-182). Collection des études.
- Chanquoy, L., Tricot, A., & Sweller, J. (2007). *La charge cognitive*. Armand Colin.
Chapitre II : Obligations des travailleurs. (Articles L4122-1 À L4122-2) - Légifrance. (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr>.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006178067/#LEGISCTA000006178067
- Charmillot, M., & Seferdjeli, L. (2002). Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet. Dans M. Saada-Robert & F. Leteunegger (Éds.), *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (p. 187-203). De Boeck Supérieur.

- Charpentreau, C. (2015). *Psychologues en service de santé au travail interentreprises, construction identitaire dans un contexte pluridisciplinaire*. UPJV.
- Chevalier, C., Nguyen, A., Nougier, I., & Villéger, P. (2015). Comprendre le phénomène de l'addiction. *Actualités Pharmaceutiques*, 54(544), 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.12.004>
- Claude, G. (2019, 12 décembre). *L'entretien non directif (ou libre) : définition, caractéristiques, étapes et exemples*. Scribbr.
[https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-non-directif/#:%7E:text=entretien%20non%20directif-,L%27entretien%20non%20directif%20%3A%20qu%27est,-ce%20que%20c%27est%20%3F&text=L%27entretien%20non%20directif%20\(ou%20%E2%80%9Centretien%20libre%E2%80%9D\),permet%20de%20r%C3%A9aliser%20une%20investigation.](https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-non-directif/#:%7E:text=entretien%20non%20directif-,L%27entretien%20non%20directif%20%3A%20qu%27est,-ce%20que%20c%27est%20%3F&text=L%27entretien%20non%20directif%20(ou%20%E2%80%9Centretien%20libre%E2%80%9D),permet%20de%20r%C3%A9aliser%20une%20investigation.)
- Clinique de l'activité / Psychologie (février 2012)*. (s. d.). Séminaire RPS du LEST.
 Consulté le 4 septembre 2020, à l'adresse
<https://rps.hypotheses.org/seminaires-2/clinique-de-lactivite/fevrier-2012>
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF.
- Clot, Y. (2004). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de psychologie*, 469(2004), 5-12.
https://www.bulletindepsychologie.net/vente/achat/produit_details.php?id=258
- Clot, Y. (2006). Alain Wisner : un héritage « disputé ». *Travailler*, 15(1), 185.
<https://doi.org/10.3917/trav.015.0185>
- Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 1(4), 7-42.
https://psychanalyse.cnam.fr/medias/fichier/texteclot4_1306851012723.pdf
- Collège national des universitaires en psychiatrie. (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (3e éd.). Presses universitaires François Rabelais.
https://www.cunea.fr/sites/default/files/ref_psy_add_def_2021.pdf
- Compagnie de Jésus. (1752). Drogue. Dans *Dictionnaire de Trévoux*.
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k509819.image>

- Conditions de travail et santé des ouvriers d'abattoirs.* (s. d.). Viande : impact sur l'environnement, la santé et les animaux. Consulté le 19 janvier 2021, à l'adresse <https://www.viande.info/conditions-travail-ouvrier-abattoirs>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 12-17. <https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/fr/levaluation-dans-le-domaine-de-la-sante-concepts-et-methodes>
- Contat, J., & Couteron, J. P. (2019). Chapitre 36. Les thérapies psychodynamiques des addictions. *Addictologie*, 489-496. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0489>
- Conventions d'Objectifs et de Gestion.* (s. d.). Sécurité Sociale. Consulté le 18 juin 2021, à l'adresse <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/gestion-financement-et-performance/cog>
- Cornillot, P. (2009). Problématisation de la santé. *Revue française de psychosomatique*, 36(2), 101. <https://doi.org/10.3917/rfps.036.0101>
- Costes, J. M. (2013). De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ? *Psychotropes*, 19(1), 9-26. <https://doi.org/10.3917/psyt.191.0009>
- Cottencin, O. (2008). *CONDUITES ADDICTIVES : HISTORIQUE, DEFINITION, CONCEPTS (Cours de PCEM 1)* [Diapositives]. <https://psychaanalyse.com>. <https://docplayer.fr/10829459-Conduites-addictives-historique-definition-concepts.html>
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, 78(1), 9-29. <https://doi.org/10.3917/th.781.0009>
- Crespin, R., Lhuillier, D., & Lutz, G. (2017). *Se doper pour travailler*. Eres.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil.
- Cuny, X., & Leplat, J. (1984). *Introduction à la psychologie du travail*. PUF.
- Curie, J. (2002). Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie. *Education Permanente*, 1(150), 23-32. <http://www.education->

permanente.fr/public/articles/articles.php?id_revue=150&id_article=1295#resu
me1295

- Czuba, C. (2017). *Consommations de substances psychoactives : à la confluence entre les droits à la santé et à la vie privée au travail*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01971580>
- Dadoy, M., Henry, C., Hillau, B., de Terssac, G., Troussier, J. F., & Weill-Fassina, A. (1990). *Les analyses du travail, enjeux et formes*. Collection des études.
- Dany, L., & Abric, J. C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue internationale de psychologie sociale*, 3(20), 77-104. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2007-3-page-77.htm>
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14(4), 335-344. <https://doi.org/10.3917/spub.024.0335>
- DARES. (2016, novembre). *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail* (No 22). <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/index.php/publications/chiffres-cles-sur-les-conditions-de-travail>
- DARES. (2017). *Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux*. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/quelles-sont-les-evolutions-recentes-des-conditions-de-travail-et-des-risques>
- DARES. (2019). *Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ?* (No 041). <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/comment-ont-evolue-les-expositions-des-salaries>
- Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. *Education Permanente*, 3(116), 33-46. http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements_de_psychodynamique_1993.pdf
- Davezies, P. (2019). Intensification du travail. Dans G. Valléry, M. E. Bobillier-Chaumon, E. Brangier, & M. Dubois (Éds.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (2e éd., p. 261-264). DUNOD.

- de la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. Dans T. H. Benchekrone & A. Weill-Fassina (Éds.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (p. 217-234). Toulouse : Octarès Éditions.
- Déjeans, L. (2015). Pascal Moliner, Christian Guimelli, Les représentations sociales. Fondements historiques et développements récents. *Lectures*. Published. <https://doi.org/10.4000/lectures.17340>
- Delpont, M.-F. (1984). « Trabajo-trabajar(se) » : étude lexico-syntaxique. *Cahiers de linguistique hispanique médiévale*, 9(1), 99-162. <https://doi.org/10.3406/cehm.1984.943>
- Dernat, S., & Siméone, A. (2014). Représentations socio-professionnelles et choix de la spécialisation : le cas de la filière vétérinaire rurale. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 30(2). <https://doi.org/10.4000/ripes.832>
- de Rosa, A. S. (2003). Le « réseau d'associations ». Dans J. C. Abric (Éd.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 81-118). Eres.
- de Terssac, G. (1998, février). *Actes du colloque « Recherche et Ergonomie »*, Toulouse. 90-99. <http://recherches.philippeclazard.com/Terssac.pdf>
- Dias, P., Marchand, D., Bailly, E., Casal, A., & Moliner, P. (2020, juillet). *L'ancrage et l'objectivation des représentations iconographiques de la ville*. Congrès International de Psychologie Sociale Appliquée, Lisbonne, Portugal.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2020, juillet). *La démographie des professionnels de santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>
- Direction Générale de la Santé. (2007, 16 mai). *SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-6 : Annonce N°139*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>
- Doise, W. (2003). Les représentations sociales. Dans C. Bonnet, R. Ghiglione, & J. Richard (Éds.), *Traité de psychologie cognitive* (p. 111-176). Dunod.
- DREES. (2005). *L'état de santé en France en 2003 - Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé*.

- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/letat-de-sante-en-france-en-2003-sante-percue-morbidite-declaree-0>
- DREES. (2017). *L'état de santé de la population en France - Rapport 2017*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
- Duarte, A. (2017, novembre). *Défenses et résistance en psychodynamique du travail*.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02280118/document>
- Dubar, C. (1991). *Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin.
- Dubois, A. (2011). Écrire des monographies : une modalité d'analyse clinique de situations d'enseignement pour les enseignants débutants. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(11), 161-175. <https://doi.org/10.3917/nrp.011.0161>
- Dubois, M., Bobillie-Chaumon, M. E., Brangier, E., Dubois, M., & Valléry, G. (2019). Introduction à la psychologie du travail et des organisations : aperçu sur les fondements et les domaines d'interventions. Dans G. Valléry, M. E. Bobillie-Chaumon, & E. Brangier (Éds.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 7-17). DUNOD.
- Duchesne, S. (1996). Entretien non-préstructuré, stratégie de recherche et étude des représentations. Peut-on déjà faire l'économie de l'entretien « non-directif » en sociologie ? *Politix*, 9(35), 189-206. <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1964>
- Dufour, S., Fortin, D., & Hamel, J. (1991). *L'enquête de terrain en sciences sociales : l'approche monographique et les méthodes qualitatives : bibliographie annotée*. Saint-Martin.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/hamel_jacques/enquete_de_terrain_s_c_soc/enquete_sur_le_terrain.pdf?
- Dufourcq-Brana, M., Pascual, A., & Gueguen, N. (2006). Déclaration de liberté et pied-dans-la-porte. *Revue internationale de psychologie sociale*, 19(3), 173-187. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2006-3-page-173.htm?contenu=article>
- Dujarier, A. M. (2019). Qu'est-ce que le travail ? [E-book]. Dans *Manuel indocile de sciences sociales - Pour des savoirs résistants (French Edition) : Vol. Hors Collective* (p. 821-831). LA DECOUVERTE.
<https://doi.org/10.3917/dec.coper.2019.01.0821>

- Duport, C. (2013). Les mondes de la drogue, entre ordre et désordres. *Sens-Dessous*, 11(1), 13. <https://doi.org/10.3917/sdes.011.0013>
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3), 273-302.
http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.html
- Duschene, S. D. (2000). PRATIQUE DE L'ENTRETIEN DIT « NON-DIRECTIF ». *Les méthodes au concret*, 10. https://www.u-picardie.fr/curapp-revues/root/44/sophie_duchesne.pdf_4a0bdf34aef10/sophie_duchesne.pdf
- Editions Législatives. (2018, août 10). *DUER*. <https://www.editions-legislatives.fr/document-unique>
- Elkin, A., & Rosch, P. (1990). Promoting mental health at the workplace : the prevention side of stress management. *Occupational Medicine*, 5(4).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2237702/>
- Elowe, J. (2010). Boulomanie : entre illusion et addiction. *L'Encéphale*, 36(4), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.12.002>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- EUROFOUND. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*.
https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0121en.pdf
- Faes, H. (2011). Le sens du travail. *Transversalités*, 120(4), 25.
<https://doi.org/10.3917/trans.120.0025>
- Falzon, P. (1987). Langages opératifs et compréhension opérative. *Le Travail Humain*, 50(3), 281-286. <https://www.jstor.org/stable/40657469>
- Falzon, P. (1991). Les activités verbales dans le travail. Dans R. Amalberti, M. de Montmollin, & J. Theureau (Éds.), *Modèles en analyse du travail* (p. 229-252). Bruxelles : Mardaga.
- Falzon, P. (2004). *Ergonomie* (Hors collection éd.). PUF.
- Fantoni-Quinton, S., & Czuba, C. (2012). *La réforme santé travail*.
<http://www.smtioif.asso.fr/upload/docs/comptesrendus/3408009539511359972550957375288474606476/pluridisc%20istnf.pdf>

- Fédération Addiction (Éd.). (2011). *Journée Regards Croisés 2011 : Précarités et addictions, l'oeuf ou la poule*. REDAQ.
- Fernandez-Zoïla, A. (1985). Le travail, fonction psychologique selon I. MEYERSON. *Le Travail Humain*, 48(1), 81-86. <https://www.jstor.org/stable/40657863?seq=1>
- Ferrara, M., & Friant, N. (2014). Les représentations sociales des élèves du premier et du dernier degré de l'enseignement secondaire en Belgique francophone par rapport aux différentes filières. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 43(4). <https://doi.org/10.4000/osp.4496>
- Fettah, S. (2017, septembre). *Travail et Conduites Addictives - Une approche Qualitative au sein d'un service de santé au travail* (Mémoire). UPJV.
- Folcher, V., Bationo-Tillon, A., & Duvenci-Langa, S. (2017). Construire et conduire une intervention en ergonomie. *Activites*, 14(1). <https://doi.org/10.4000/activites.2956>
- Foli, O., & Dulaurans, M. (2013). Tenir le cap épistémologique en thèse Cifre. Ajustements nécessaires et connaissances produites en contexte. *Études de communication*, 40, 59-76. <https://doi.org/10.4000/edc.5118>
- Fort, E., & Bergeret, A. (2008). Prévalences des consommations psychoactives en milieu maritime civil français en 2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 37, 335-338. https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=76234
- Fortané, N. (2010). La carrière des « addictions ». *Genèses*, 78(1), 5. <https://doi.org/10.3917/gen.078.0005>
- Fouquet, A. (1995). Travail, emploi, activité : que partager ? *Autres Temps. Les cahiers du christianisme social*, 46(1), 17-24. <https://doi.org/10.3406/chris.1995.1763>
- Frayssé, B. (1998). Professionnalisation et représentation socioprofessionnelle. *Recherche & Formation*, 29(1), 127-141. <https://doi.org/10.3406/refor.1998.1531>
- Freeman, R., & McVea, J. (2001). A Stakeholder Approach to Strategic Management. *SSRN Electronic Journal*. Published. <https://doi.org/10.2139/ssrn.263511>
- Friedmann, G. (1960). Qu'est-ce que le travail ? *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 15(4), 684-701. <https://doi.org/10.3406/ahess.1960.421644>

- Frone, M., & Brown, A. (2010). Workplace Substance-Use Norms as Predictors of Employee Substance Use and Impairment : A Survey of U.S. Workers*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(4), 526-534.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.526>
- Frone, M. R., & Brown, A. L. (2010). Workplace Substance-Use Norms as Predictors of Employee Substance Use and Impairment : A Survey of U.S. Workers*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(4), 526-534.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.526>
- Galand, C., & Salès-Wuillemin, D. (2009a). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105(3), 35.
<https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>
- Galand, C., & Salès-Wuillemin, E. (2009b). Intérêts de l'étude des représentations sociales de la drogue pour un dispositif de veille sanitaire. *Psychotropes*, 15(3), 81-92. <https://doi.org/10.3917/psy.153.0081>
- Gaudart, C., & Rolo, D. (2015). L'ergonomie, la psychodynamique du travail et les ergodisciplines. Entretien avec François Daniellou. *Travailler*, 34(2), 11.
<https://doi.org/10.3917/trav.034.0011>
- Gaussot, L. (2002). Le jeu de l'enfant et la construction sociale de la réalité. *Spirale*, 24(4), 39-51. <https://doi.org/10.3917/spi.024.0039>
- Gave, B. (2013). Chapitre 4. Les relations des salariés à l'entreprise et à la marque. Dans G. Michel (Éd.), *Management transversal de la marque* (p. 69-87). Paris : Dunod.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratique*. ARMAND COLIN.
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2011). Working hours and alcohol problems in early adulthood. *Addiction*, 107(1), 81-88.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03543.x>
- Gille, F. (2021). L'apport du psychologue du travail à la prévention des risques professionnels : une approche critique. Dans C. Jeoffrion & M. Manzano (Éds.), *Le psychologue dans le champ de la santé au travail : Réalités, développements et potentialités* (p. 115-133). PU RENNES.
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrance au travail¹. *Éthique publique*, 11(2), 129-138. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.119>

- Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120. <https://doi.org/10.1080/10253890701288935>
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163(3), 4. <https://doi.org/10.3917/arss.163.0004>
- Gonzales-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention. . . Quelles explicitations?* <https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-01022115/document>
- Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Grand Dictionnaire Terminologique. (2019). *Le grand dictionnaire terminologique - Psychopathologie*. <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ErreurInterne.aspx?aspxerrorpath=/ficheOqlf.aspx>
- Gravel, S., Vergara, D., Lippel, K., Dubé, J., V. Ducharme, J. F., & Legendre, G. (2016, septembre). *Santé et sécurité des travailleurs qui cumulent des précarités : la lutte aux inégalités de santé attribuables au travail*. <https://iss.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/31/2016/12/05-04-2016-Rapport-SGravel.pdf>
- Grawitz, M. (2000). *Méthodes Des Sciences Sociales*. <https://www.decitre.fr/livres/methodes-des-sciences-sociales-9782247041138.html>
- Grenier-Pezé, M. (2001). Contrainte par corps : le harcèlement moral. *Travail, genre et sociétés*, N° 5(1), 29. <https://doi.org/10.3917/tgs.005.0029>
- Guéranger, D. (2012). La monographie n'est pas une comparaison comme les autres. *Terrains & travaux*, 2(21), 23-36. <https://doi.org/10.3917/tt.021.0023>
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2007). *Comprendre le travail pour le transformer*. ANACT.
- Guibert, J., & Jumel, G. (1997). *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*. A. Colin.
- Guichard, J. (2000). Baubion-Broye, A. Evenements de vie, transitions et construction de la personne / Clot, Y. La fonction psychologique du travail. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 29/3, 1-6. <https://doi.org/10.4000/osp.5865>

- Guidou, N. (2021). Ingénierie des dispositifs en santé au travail : comment penser les pratiques des psychologues ? Dans C. Jeoffrion & M. Manzano (Éds.), *Le psychologue dans le champ de la santé au travail : Réalités, développements et potentialités* (1re éd., p. 311-332). PU RENNES.
- Guiho-Bailly, M. P., & Goguet, K. (2004). « Si tu n'avances pas, tu recules ; si tu recules, tu meurs ». Clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. *Travailler*, 11(1), 41-56. <https://doi.org/10.3917/trav.011.0041>
- Guimarães, R. S. (2012). *La double fonction de la pause dans l'activité d'accueil en face à face : instrument de résolution de conflits et rénovation du genre*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00767414/document>
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel Tome 2 : Pour une critique de la raison fonctionnaliste (Espace du politique) (French Edition)* (0 éd.). FAYARD. https://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1987_num_85_3_3263
- Hackman, J. R. (1969). Toward understanding the role of tasks in behavioral research. *Acta Psychologica*, 31, 97-128. [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(69\)90073-0](https://doi.org/10.1016/0001-6918(69)90073-0)
- Härmä, M., Tenkanen, L., Sjöblom, T., Alikoski, T., & Heinsalmi, P. (1998). Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24(4), 300-307. <https://doi.org/10.5271/sjweh.324>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2017, septembre). *Stratégie nationale de santé. Avis et rapports*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports>
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2015, octobre). *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*. Saint Denis. La Plaine. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-

etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives

- Hayat, S., & Perdoncin, A. (2012). Introduction. Médias et sciences humaines et sociales : collaborations, diffusions, nouveaux formats. *Tracés*, 12, 141-149. <https://doi.org/10.4000/traces.5526>
- Hearnshaw, L. S. (1954). Le but et le domaine de la psychologie industrielle. *Le Travail Humain*, 17(1), 4-11. <https://www.jstor.org/stable/40658990>
- Hellec, F. (2014). Le rapport au terrain dans une thèse CIFRE. *Sociologies pratiques*, 28(1), 101-109. <https://doi.org/10.3917/sopr.028.0101>
- Hoc, J.-M. (1980). L'articulation entre la description de la tâche et la caractérisation de la conduite dans l'analyse du travail. *Bulletin de Psychologie*, 32, 207-212. <http://jeanmichelhoc.free.fr/pdf/BIBLIO%20HOC.htm>
- Hollnagel, E. (1989, novembre). Performance improvement through cognitive task analysis. *ESA-ESTEC Workshop on 'Human Factors Engineering : A Task Oriented Approach*, 21-23.
- Huez, D. (1994). Psychodynamique du travail. *Actualité et dossier en santé publique*, 9, 19. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=31#81>
- Hykade, A. (2014, 13 octobre). *Nuggets* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=HUngLgGRJpo&t=63s>
- INPES. (2008, juillet). *Performances, dopage et conduites dopantes*. <http://cdos47.org/wp-content/uploads/2013/07/INPES-Conduites-dopantes.pdf>
- INRS. (2013). SUMER. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Références en Santé au Travail*, 59-74. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20207>
- INRS. (2017, 7 février). *Services de santé au travail. L'assistant de service de santé au travail (ASST) - Démarches de prévention - INRS*. <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/assistant-service-sante-travail-ASST.html>
- INRS. (2019a, septembre 2). *Services de santé au travail. L'infirmier de santé au travail - Démarches de prévention - INRS*. <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/infirmier-sante-travail.html>

- INRS. (2019b, décembre 12). *Salarié compétent. Salarié compétent - Démarches de prévention - INRS*. <https://www.inrs.fr/demarche/salarie-competent/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2020, 5 mars). *Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). Intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) - Démarches de prévention - INRS*. <https://www.inrs.fr/demarche/iprp/intervenant-prevention-risques-professionnels.html>
- INRS. (2021, janvier). *Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU*. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206403>
- INSEE. (2008). *L'évolution des conditions de travail*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374396?sommaire=1374407>
- INSERM. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement : Principaux constats et recommandations*. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5967>
- INSERM. (2020, 11 septembre). *Addictions*. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions#:~:text=Des%20facteurs%20individuels,masculin%20constituent%20des%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9s%20sp%C3%A9cifiques>
- Institut de veille sanitaire. (2007). *État de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne : Relations avec leurs contraintes de travail physiques, organisationnelles et psychosociales (Rapport-Enquête épidémiologique)*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjcsJCxzKfuAhWmDmMBHYvjAywQFjAEegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F184790%2F2313994&usg=AOvVaw3qRX8IJAD1oaKTwQV1kKds>
- Institut National Du Cancer. (s. d.). *Définition Opioïde*. Consulté le 6 mai 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/O/opioide#:~:text=Substance%20qui%20reproduit%20les%20effets,que%20ceux%20de%20la%20morphine>.
- Intervenir Addiction. (s. d.). *Les niveaux d'usage de substances psychoactives*. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. Consulté le 22 avril

- 2021, à l'adresse <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>
- ISTNF. (2013). *Enquête santé travail apprentissage. Résultats du volet « Addictions et travail »*. <https://www.addictaide.fr/enquete-sante-travail-apprentissage-resultats-du-volet-addictions-et-travail/>
- Jean-Claude, A. J. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Presse Universitaire de France.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. Dans S. Moscovici (Éd.), *Psychologie sociale* (p. 357-378). PUF Paris.
- Jouannic, M. (2018). « *La flamme ici, c'est nous.* » (*Paroles d'une résident d'une Communauté thérapeutique*). *Intérêts et limites du groupe thérapeutique en psychomotricité pour le sujet toxicomane*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835790>
- Journal officiel de l'Union européenne. (1989). *Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989*. JOUE.
- Junker, B. H. (1960). *Field Work : An Introduction to the Social Sciences*. University Of Chicago Press.
- Kapsambelis, V. (2015). Pourquoi Freud associe-t-il perception et conscience dans un même système ? *L'Évolution Psychiatrique*, 80(1), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.10.002>
- Karnas, G. (1987). L'analyse du travail. Dans C. Lévy-Leboyer & J.-C. Sperandio (Éds.), *Traité de psychologie du travail* (1re éd éd., p. 609-625). Presses universitaires de France.
- Kartable. (s. d.). *Le travail - Tle - Cours Philosophie - Kartable*. Consulté le 9 mars 2021, à l'adresse <https://www.kartable.fr/ressources/philosophie/cours/le-travail-10/56213>
- Katerelos, I. (2003). Représentation sociale de la drogue chez les jeunes Grecs. *Psychotropes*, 9(1), 77-93. <https://doi.org/10.3917/psyt.091.0077>
- Kauffmann, A. (2018). *Surdose*. Editions Goutte d'or.
- Kempf, C. (2019, février). *L'étude des conceptions en santé comme préalable à un dispositif de promotion de la santé*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02465544/document>

- Kenna, G. A., & Wood, M. D. (2005). The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use and problems among dentists. *The Journal of the American Dental Association*, 136(7), 1023-1032.
<https://doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0297>
- Koob, G. F. (2006). Neurobiology of Addiction : Toward the Development of New Therapies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 909(1), 170-185.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2000.tb06682.x>
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Babor, T. F., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1987). Substance-Use Disorders in DSM-III-R. *British Journal of Psychiatry*, 151(6), 834-843. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.6.834>
- Kouabenan, D. R. (2019). Prévention des risques professionnels. Dans G. Valléry, M. É. Bobillier-Chaumon, É. Brangier, & M. Dubois (Éds.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 342-346). Dunod.
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621.
<https://doi.org/10.1080/01621459.1952.10483441>
- Labat, L., Fontaine, B., Delzenne, C., Doublet, A., Marek, M. C., Tellier, D., Tonneau, M., Lhermitte, M., & Frimat, P. (2008). Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Science International*, 174(2-3), 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2007.03.004>
- Labra, O., & Lacasse, A. (2015). Représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Canadian Social Work Review*, 32(1-2), 167-186. <https://doi.org/10.7202/1034149ar>
- Lac, M., Mias, C., Labbé, S., & Bataille, M. (2010). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 24, 133-145. <https://journals.openedition.org/dse/960#actualite-960>
- L'administration territoriale de l'Etat | collectivites-locales.gouv.fr.* (s. d.). Collectivités-locales.gouv. Consulté le 26 août 2021, à l'adresse <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/institutions/ladministration-territoriale-de-letat#:~:text=Les%20services%20d%C3%A9concentr%C3%A9s%20de%20l,des%20agents%20de%20l%27%C3%89tat.>

- Lagadec, A. M. (2009). L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 4-22.
<https://doi.org/10.3917/rsi.097.0004>
- Lahy, J.-M., & Korngold, S. (1931). Sélection des opératrices de machines comptables. *L'année psychologique*, 32(1), 131-149.
<https://doi.org/10.3406/psy.1931.5030>
- Lahy, J.-M., & Pacaud, S. (1948). *Étude d'un métier : analyse psychologique du travail des mécaniciens et des chauffeurs de locomotive*. PUF.
- Lallement, M. (2007). *Le travail - Une sociologie contemporaine*. Gallimard Education.
- Lanneau, G., Baubion-Broye, A., Bordes, O., Curie, J., & Deltor, S. (1987). Processus régulateurs des systèmes d'activités et changements socio-techniques. *Bulletin de Psychologie*, 40(379), 359-365.
https://www.bulletinpsychologie.net/vente/achat/produit_details.php?id=170&PHPSESSID=fd1bff391d9747b02daaa0d7d4c1f4a
- Lapassade, G. (2002). Observation participante. *Vocabulaire de psychosociologie*, 375. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), 611-620.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8507.0611>
- Laqueille, X., & Liot, K. (2012). Le débat sur le cannabis en France. *Laennec*, 60(1), 45. <https://doi.org/10.3917/lae.121.0045>
- Larousse. (s. d.-a). Drogue. Dans *Le Larousse*. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/drogue/26827#:~:text=Substance%20psychotrope%20naturelle%20ou%20synthétique,l%27a%20conduit%20au%20suicide>.
- Larousse. (s. d.-b). Nursing. Dans *Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nursing/55293>
- Larousse. (s. d.-c). Risque. Dans *Larousse*. Consulté le 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>
- Laure, P. (2001). Dopage et société. *Les Cahiers de l'INSEP*, 30(1), 55-62.
<https://doi.org/10.3406/insep.2001.1594>

- Lecocq, C., Dupuis, B., & Forest, H. (2018, août). *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf
- Legleye, S., Baumann, M., Peretti-Watel, P., Beck, F., & Chau, N. (2011). Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working population. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(4), 223-232.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.02.103>
- le Guilcher, G. (2017). *Steak Machine*. GOUTTE DOR.
- Lenoir, C. (2019, 4 septembre). *INTERVIEW / L'engagement du Dr Philippe HACHE (INRS) au service de la prévention des pratiques addictives*. Les addictions en milieu professionnel - Addict Aide Pro.
<https://www.addictaide.fr/pro/temoignage/interview-lengagement-au-long-cours-du-dr-philippe-hache-au-service-de-la-prevention-des-pratiques-addictives/>
- Leplat, J. (1993). L'analyse psychologique du travail : quelques jalons historiques. *Le Travail Humain*, 56(2), 115-131. <http://www.jstor.org/stable/4065977>
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8-1, 1-31.
<https://doi.org/10.4000/pistes.3101>
- Leplat, J., & de Montmollin, M. (2001). *Les compétences en ergonomie*. Octarès.
- Leplat, J., & Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 3(1), 59-63.
<http://jeanmichelhoc.free.fr/pdf/LepHoc%201983.pdf>
- Lesauvier, B., Gavarini, L., & le Roy, C. (2011). Le cadre de la recherche-action. *Cahiers de l'action*, 33(3), 22. <https://doi.org/10.3917/cact.033.0022>
- Lesparre, J. (2019, 30 octobre). *Chief happiness officer*.
<https://www.cidj.com/metiers/chief-happiness-officer>
- Lheureux, F., Lo-Monaco, G., & Guimelli, C. (2011). Entre Représentations Sociales et Intentions de Pratiques : l'Implication. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(1), 61-76. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28421134008.pdf>

- Lhuillier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences sociales et santé*, 28(2), 31. <https://doi.org/10.3917/sss.282.0031>
- Lhuillier, D. (2021). La psychologie du travail à l'épreuve des mutations contemporaines. Dans M. Manzano & C. Jeoffrion (Éds.), *Le psychologue dans le champ de la santé au travail : Réalités, développements et potentialités* (p. 21-42). PUR.
- Lhuillier, D., & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 58(2), 85. <https://doi.org/10.3917/mouv.058.0085>
- Libération. (2017, 2 octobre). *Le prix Nobel de médecine attribué à trois spécialistes de l'horloge biologique*. Libération.fr. https://www.liberation.fr/sciences/2017/10/02/le-prix-nobel-de-medecine-attribue-a-trois-specialistes-de-l-horloge-biologique_1600367
- Likert, R. (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*. Amsterdam University Press.
- Linhart, R. (1981). *L'établi*. Editions de Minuit.
- Lischetti, G. (2017). Les métiers de la prévention des risques professionnels. *Regards*, 1(51), 157-168. <https://doi.org/10.3917/regar.051.0157>
- Littré, E. (s. d.). Travail. Dans *Littré*. Consulté le 8 mars 2021, à l'adresse <https://www.littre.org/definition/travail#:~:text=1Nom%20donné%20à%20des%20machines,sur%20eux%20des%20opérations%20chirurgicales>.
- Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1)*. (1991). J.O.
- Lo-Monaco, G., & Lheureux, F. (2007). Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Revue Electronique de Psychologie Sociale*, 55-64. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01736607>
- Louche, C. (2018). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations*. DUNOD.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health : Public Health and the Regulated Body* (1re éd.). SAGE Publications Ltd.

- Lutz, G. (2015). Pratiques addictives en milieu de travail : impasses du concept et nouvelles perspectives. *Psychotropes*, 21(1), 13-34.
<https://doi.org/10.3917/psyt.211.0013>
- Lutz, G. (2017). *Interrelations entre l'activité de travail et l'usage de psychotropes : Approches traditionnelles et perspective en clinique du travail*. CNAM.
- Lutz, G., & Cleren, P. (2013). Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel. *Alcoologie et Addictologie*, 35(3), 261-271.
<https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/537>
- MAAD DIGITAL. (2020, 21 mars). *Des psychotropes aux substances d'abus, le vocabulaire des drogues*. <https://www.maad-digital.fr/en-bref/des-psychotropes-aux-substances-dabus-le-vocabulaire-des-drogues#:~:text=Au%20sens%20litt%C3%A9ral%20du%20terme,psychisme%2C%20il%20est%20donc%20psychoactif>
- Madrières, A. (2021). Construire un réseau pluridisciplinaire : l'expérimentation de « penser ensemble le travail ». Dans C. Jeoffrion & M. Manzano (Éds.), *Le psychologue dans le champ de la santé au travail : réalités, développements et potentialités* (p. 63-76). Presses universitaires de Rennes.
- Malrieux, P. (1979). La Crise de personnalisation. *Psychologie et Education*, 3(3), 1-18. <https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/PDPS-MALRIEU/halshs-01214954v1>
- Manzano, M. (2010). Les « risques psychosociaux » et le psychologue du travail... en Service de santé au travail (sst). *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 10(2), 179. <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0179>
- Maranda, M. F. (2017). Travail et consommation de substances psychoactives : l'expérience québécoise. Dans R. Crespin, D. Lhuillier, & G. Lutz (Éds.), *Se doper pour travailler* (p. 21-43). Eres.
- Maranda, M. F., & Morissette, P. (2004). Représentations de la surconsommation de substances psychoactives : logiques d'action d'un réseau d'entraide en milieu de travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 153-168.
<https://doi.org/10.7202/008921ar>
- Marchand, A. (2008). Alcohol use and misuse : What are the contributions of occupation and work organization conditions ? *BMC Public Health*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-333>

- Marichalar, P. (2010). La médecine du travail sans les médecins ? *Politix*, n° 91(3), 27-52. <https://doi.org/10.3917/pox.091.0027>
- Marquet, J., Zanterdeschi, E., & Huynen, P. (1998). Knowledge and Representations of HIV/AIDS. Dans M. Hubert, N. Bajos, & T. Sandfort (Éds.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe : Comparisons of National Surveys* (p. 331-358). London : UCL Press.
- Martinez, F. (2010). L'individu face au risque : l'apport de Kahneman et Tversky. *Idées économiques et sociales*, N° 161(3), 15. <https://doi.org/10.3917/idee.161.0015>
- Marx, K., Salem, J., & Gougeon, J. (2021). *Manuscrits de 1844*. Flammarion.
- Mauriras Bousquet, M. (1984). Chapitre III - Enseigner ou aider à apprendre ? Place des techniques ludiques dans la problématique de l'apprentissage. Dans M. Mauriras Bousquet (Éd.), *Théorie et pratique ludiques* (p. 63-83). Paris : Economica.
- Méda, D. (2010). *Le Travail, une valeur en voie de disparition ?* (Nouvelle édition). Flammarion.
- Méda, D. (2018). *Le travail (Que sais-je ?)*. PUF.
- Menard, C. (2006). Alcool en entreprise : les difficultés de la prévention. *La santé de l'homme*, 385, 42-45. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/alcool-en-entreprise-les-difficultes-de-la-prevention>
- Menecier, P. (2010). Boire et vieillir. *Boire et vieillir*, 29-45. <https://doi.org/10.3917/eres.menec.2010.01>
- Meyerson, I. (1949). VI. - Comportement, travail, expérience, oeuvre. *L'année psychologique*, 50(1), 77-82. <https://doi.org/10.3406/psy.1949.8426>
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*, 16(2), 229. <https://doi.org/10.2307/3321036>
- Michel-Guillou, E. (2010). Agriculteur, un métier en mutation : Analyse psychosociale d'une représentation professionnelle. *Bulletin de psychologie*, Numéro 505(1), 15-27. <https://doi.org/10.3917/bupsy.505.0015>
- MILDECA. (2015a, août 7). *Qu'est-ce qu'une drogue ?* <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-drogue>

- MILDECA. (2015b, août 10). *Les conduites dopantes*.
<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/les-conduites-dopantes>
- MILDECA. (2019, septembre). *L'essentiel sur les addictions en milieu professionnel : employeurs et employés, tous concernés*.
<https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-addictions-milieu-professionnel>
- MILDECA. (2020a, avril 1). *La mission*. <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission>
- MILDECA. (2020b, novembre 19). *Covid-19 : isolement et conditions de travail favorisent les conduites addictives*. <https://www.drogues.gouv.fr/presse/covid-19-isolement-conditions-de-travail-favorisent-conduites-addictives>
- MILDECA. (2021, mars). *Les conduites addictives de la population active : chiffres clés issus de la cohorte CONSTANCES*. <https://www.constances.fr/espace-scientifique/base-documentaire-doc.php?docUid=285>
- Millot, M. (2015). L'inspection du travail. *Les risques du travail*, 455-462.
<https://doi.org/10.3917/dec.theba.2015.01.0455>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2012). *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2021, 17 mars). *Addictions –*.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
- Ministère du Travail, de l'emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (2012, novembre). *Circulaire DGT no 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail*. https://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30112012/TRE_20120011_0110_0006.pdf
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. (2020, 20 octobre). *Les services de santé au travail autonomes et interentreprises –*. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/suivi-de-la-sante-au-travail-10727/article/les-services-de-sante-au-travail-autonomes-et-interentreprises#:~:text=Le%20service%20autonome%20est%20cr%C3%A9%20par%20un%20organisme%20%C3%A0%20but%20non%20lucratif.&text=Chaq>

ue%20employeur%20est%20tenu%20d,sant%C3%A9%20au%20travail%20(SST).

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion professionnelle. (2021, 16 juin).

Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/>

Moatti, A. (2011, novembre). *Gaspard-Gustave de Coriolis (1792–1843) : un mathématicien, théoricien de la mécanique appliquée*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00645154/document>

Moatti, J., Dab, W., Abenhaïm, L., & Bastide, S. (1989). Modifications of sexual behaviour related to aids : a survey in Paris region. *Health Policy*, 11(3), 227-231. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(89\)90002-x](https://doi.org/10.1016/0168-8510(89)90002-x)

Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales : De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. PUG.

Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de Rennes.

Molinier, P. (2009). Risques Psychosociaux : le point de vue psychologique. Dans L. Lerouge (Éd.), *Risques psychosociaux au travail : Etude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal (French Edition)* (HARMATTAN éd., p. 32). Editions L'Harmattan.

Molinier, P., & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 1(129), 51-66. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5547>

Montreuil, S. M., Fournier, P. S. F., & Baril-Gingras, G. B. G. (2013). *L'intervention en santé et en sécurité du travail : Pour agir en prévention dans les milieux de travail* (1re éd.). Presses Université Laval.

Morel, A. (2006). L'addictologie : croyance ou révolution ? *Psychotropes*, 12(3), 21-40. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0021>

Morel, A. (2015). 8. Usages, abus et dépendances. *Addictologie*, 69-78. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2015.01.0069>

Morillon, L., & Gardère, E. (2009). Le doctorant CIFRE en communication des organisations : un jeune chercheur entre implication et distanciation. Dans C. Loneux & B. Parent (Éds.), *Communication des organisations, recherches récentes, Tome 2* (p. 185-196). Editions L'Harmattan, Paris.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public* (PUF éd.). PUF.

- Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public*. PUF.
- Moscovici, S., & Doise, W. (1992). *Dissensions et Consensus*. PUF.
- Muntaner, C., Anthony, J. C., Crum, R. M., & Eaton, W. W. (1995). Psychosocial Dimensions of Work and the Risk of Drug Dependence among Adults. *American Journal of Epidemiology*, 142(2), 183-190.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117617>
- Negura, L., Maranda, M. F., & Genest, C. (2012). La consommation de substances psychoactives en lien avec le travail : l'impératif d'adapter les services aux causes réelles. Dans M. Landry, S. Brochu, & C. Patenaude (Éds.), *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 200-225). Presses de l'Université Laval.
https://www.researchgate.net/publication/263194717_La_consommation_de_substances_psychoactives_en_lien_avec_le_travail_L%27imperatif_d%27adapter_les_services_aux_causes_reelles
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., & Philip, P. (2010). Workplace Bullying and Psychotropic Drug Use : The Mediating Role of Physical and Mental Health Status. *The Annals of Occupational Hygiene*, 55(2), 152-163. <https://doi.org/10.1093/annhyg/meq086>
- Nourrisson, D. (2017). La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français. *Drogues, santé et société*, 16(2), 1-14.
<https://doi.org/10.7202/1041850ar>
- Ochanine, D., & Koslov, V. (1971). L'image opérative effectrice. *Question de Psychologie*, 3. Published.
- OFDT. (2018, février). *Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017*.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssy2.pdf>
- OFDT. (2019). *Drogues et addictions, données essentielles*. OFDT Paris.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- OFDT. (2020, août). *Cannabis - Synthèse des connaissances*.
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#conso>
- Olievenstein, C. (1983). *La drogue ou la vie*. R. Laffont.
- Ombredane, A., & Faverge, J.-M. (1955). *L'Analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité*. PUF.

- OMS. (s. d.). *Substances Psychoactives*. WHO. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (1948). *Constitution*. Who. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution#:~:text=La%20sant%C3%A9%20est%20un%20%C3%A9tat,de%20maladie%20ou%20d%27infirmit%C3%A9>.
- Orset, C., Sarazin, M., Grataloup, S., & Fontana, L. (2011). Les conduites addictives parmi le personnel hospitalier : enquête de prévalence par questionnaire chez 366 agents du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 72(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.12.006>
- Palle, C. (2015, octobre). *Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel* (OFDT, Éd.). OFDT. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf>
- Papathanasiou, C. (2011). *Représentations sociales et construction de la responsabilité dans le contexte du VIH*. <http://www.theses.fr/2011AIX10145>
- Peele, S. (1986). *The Meaning of Addiction : Compulsive Experience and Its Interpretations* (Reprint, 1991 éd.). Lexington Books.
- Penneau-Fontbonne, D., Dano, C., Lacave-Oberti, N., Guiho-Bailly, M. P., Dubre, J. Y., & Roquelaure, Y. (2006). Conduites addictives et milieu de travail. Dans M. Reynaud (Éd.), *Traité d'addictologie* (p. 163-174). Flammarion.
- Peretti-Watel, P., Seror, V., Constance, J., & Beck, F. (2009). Poverty as a smoking trap. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.001>
- Périno, O. (2014). 5. Le cadre ludique : ses fonctions et ses intérêts. Dans O. Périno (Éd.), *Des espaces pour jouer. Pourquoi les concevoir ? Comment les aménager ?* (p. 55-72). Toulouse : Erès.
- Pianelli, C., Abric, J. C., & Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(86), 241-274. <https://doi.org/10.3917/cips.086.0241>

- Piaser, A. (2000). Les différences statutaires en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 4(1), 57-70.
<https://doi.org/10.3406/dsedu.2000.933>
- Piaser, A. (2013). Représentations professionnelles. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 273-276. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0273>
- Piaser, A., & Bataille, M. (2013). Of contextualised use of social and professional. Dans M. Chaib, B. Danermark, & S. Selander (Éds.), *Education, Professionalization and Social Representations - On the Transformation of Social Knowledge* (p. 44-54). New-York, Oxon : Routledge. <http://reperere.no-ip.org/reperere/Members/mbataille/texte%20anglais%20pour%20M.%20Chaib.pdf.1>
- Piaser, A., & Ratinaud, P. (2010). Pensée sociale, pensée professionnelle : une approche singulière en Sciences de l'Education. *Les dossiers des Sciences de l'Education*, 23, 7-14. http://pum.univ-tlse2.fr/IMG/pdf/edito_sciences_de_l_education_no23.pdf
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14(2), 47-59. <https://doi.org/10.3917/psyt.142.0047>
- Poley, Y. (s. d.). *Un regard ergonomique sur le travail*. Démeris. Consulté le 29 mars 2021, à l'adresse <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjR-e2f4tXvAhWDAmMBHSvjCAEQFjAAegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.demeris.fr%2Fapp%2Fdownload%2F14623892625%2FD%25C3%25A9m%25C3%25A9ris%2520Conseil%2520%2520Un%2520regard%2520ergonomique%2520sur%2520le%2520travail.pdf%3Ft%3D1575275822&usg=AOvVaw2e0pcZUUJGE88o32W5g0md>
- Présance. (2019, 27 juin). *Rapports chiffres clés 2018* [Diapositives]. Présance. https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2019/06/medrelais2019_6_chiffrescles_ssti_2018.pdf
- Présance. (s. d.). *Annuaire des partenaires de santé | Présance*. Consulté le 5 juillet 2021, à l'adresse <https://www.presanse.fr/annuaire-medecine-travail/>

- Présanse. (2019, 4 avril). *Prévention des addictions - le rôle du Service de Santé au Travail*. Presance Paca Corse. <https://www.presanse-pacacorse.org/f/ressources/1348/prevention-des-addictions-le-role-du-service-de-sante-au-travail/>
- Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé. (2019, 7 mai). *Ars santé*. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- Raistrick, D., Russell, D., Tober, G., & Tindale, A. (2008). A survey of substance use by health care professionals and their attitudes to substance misuse patients (NHS Staff Survey). *Journal of Substance Use*, 13(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/14659890701237082>
- Raymond, H. (1968). Analyse de contenu et entretien non directif : application au symbolisme de l'habitat. *Revue Française de Sociologie*, 9(2), 167. <https://doi.org/10.2307/3320589>
- Renard, L., & Roussiau, N. (2007). Transformation des représentations sociales et persuasion (modèle ELM) : les effets de la crédibilité de la source. *Bulletin de psychologie*, 489(3), 211-224. <https://doi.org/10.3917/bupsy.489.0211>
- Renaudin, E. (1853). De l'alcoolisme chronique par le Dr Magnus Huss, professeur de médecine clinique à l'Institut médico-chirurgical de Stocholm etc. . . analysé par M. Le Dr Renaudin, directeur de l'asile de Mareville. *Annales Médico-Psychologiques*, 5, 60-83. <https://docplayer.fr/17223604-L-inversion-en-milieu-socioculturel-francais-du-sens-du-terme-alcoolique-chez-l-homme.html>
- Reynaud, M. (2002). *Usage nocif substances psychoactives*. La Documentation Française.
- Rogard, V. (2019). *Psychologie du Travail et des Organisations* (G. Valléry, M. É. Bobillier-Chaumon, É. Brangier, & M. Dubois, Éd.). Dunod.
- Rolo, D., & Dejours, C. (2015). Travail et usage de substances psychoactives : évolution de la clinique. *Psychologie clinique et projective*, 21(1), 243-256. <https://doi.org/10.3917/pcp.021.0243>
- Ross, L. D., Amabile, T. M., & Steinmetz, J. L. (1977). Social roles, social control, and biases in social-perception processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(7), 485-494. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.7.485>

- Rouat, S. (2010, janvier). *Les processus individuels et organisationnels de construction de la santé au travail : prévention de la santé mentale au travail et analyse de dispositifs organisationnels*. <http://www.theses.fr/2010LYO20006>
- Rouquette, M. L., & Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Roussiau, N., & Bonardi, C. (2001). *Les Représentations sociales : Etat des lieux et perspectives*. Mardaga.
- Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J. L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, n° 31(1), 9. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
- LE RPIB : LE METTRE EN PRATIQUE. (s. d.). Alcool Info Service. Consulté le 8 juillet 2020, à l'adresse <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-Sante/depistage-evaluation/RPIB-pratique>
- Sahler, B., & Berthet, M. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail* (Anact Eds). ANACT.
- Salesses, L. (2005). Rôle du niveau de connaissance dans le processus de structuration d'une représentation sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 66(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/cips.066.0025>
- Salès-Wuillemin, D., Galand, C., Cabello, S., & Folcher, V. (2011). "Validation d'un modèle tri-composantiel pour l'étude des représentations sociales à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale ? *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 91(3), 231-352. <https://doi.org/10.3917/cips.091.0231>
- Salès-Wuillemin, E., Stewart, I., & Dautun, M. (2004). Effets de l'activation d'une représentation sociale par l'attitude : étude expérimentale. *Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 43-56. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00631626/document>
- Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues*, 242(9), 24-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.242.0024>
- Santé Publique France. (2021, 20 janvier). *Baromètre santé 2016*. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>

- Sardas, J. C., Dalmasso, C., & Lefebvre, P. (2011). Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. *Revue française de gestion*, 5(214), 69-88.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2011-5-page-69.htm>
- Seibel, C., & Hugon, M. A. (1987). Recherche-Action, Formation : quelle articulation ? *Recherche & Formation*, 2(1), 9-20. <https://doi.org/10.3406/refor.1987.897>
- Simon, H. A. (1957). *Models of Man : Social and Rational- Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting* (1st éd.). Wiley.
- Simon, H. A. (1978). On How to Decide What to Do. *The Bell Journal of Economics*, 9(2), 494. <https://doi.org/10.2307/3003595>
- SMTVO. (2015, novembre). *Projet de service 2016 - 2021*.
- Souffrance et Travail. (s. d.). *Marie Pezé - Souffrance et Travail*. Consulté le 12 janvier 2021, à l'adresse <https://www.souffrance-et-travail.com/a-propos/marie-peze/>
- Spach, M., & Pietri, A. (2018). Le binge drinking est-il toujours profitable à l'industrie alcoolière ? *Revue économique*, 69(4), 635-646.
<https://doi.org/10.3917/reco.pr2.0121>
- Spanish Observatory on drugs. (2011). *Survey on psychoactive substance use at workplace in Spain*. Madrid : Government Delegation for the National Plan on Drugs. https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=author_see&id=62006
- Sperandio, J. C. (1972). Charge de travail et régulation des processus opératoires. *Le Travail Humain*, 35(1), 85-98. <https://www.jstor.org/stable/40659903?seq=1>
- Sperandio, J. C. (1987). *L'Ergonomie du travail mental*. Feni XX.
- Spilka, S., le Nézet, O., Mutatayi, C., & Janssen, E. (2016). Les drogues durant les « années lycées » : Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. *Tendances*, 112, 8. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssw9.pdf>
- SPS. (2015). *Missions*. <https://www.asso-sps.fr/association-2/missions>
- Stewart, I., & Fraïssé, C. (2009). 6. Les schèmes cognitifs de base : un modèle pour étudier les représentations sociales. Dans M. L. Rouquette (Éd.), *La pensée sociale* (p. 99-119). Toulouse, France : Érès.
- Sting, S., & Blum, C. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. UTB.
- Survey Monkey. (2020, 7 juillet). *Principes de confidentialité*.
<https://fr.surveymonkey.com/mp/legal/privacy-basics/>

- Taylor, F. W., Danty-Lafrance, L., & Maury, L. (1957). *La Direction scientifique des entreprises*. Dunod.
- The Espad Group. (2016). *ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*. ESPAD.
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/european-school-survey-alcohol-and-other-drugs-espadaalcohol/>
- Tran, L. (2018). Herbert Simon et la rationalité limitée. *Regards croisés sur l'économie*, 22(1), 54. <https://doi.org/10.3917/rce.022.0054>
- Trice, H. M., & Sonnenstuhl, W. J. (1990). On the construction of drinking norms in work organizations. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(3), 201-220.
<https://doi.org/10.15288/jsa.1990.51.201>
- Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S., & Rinal, S. (2010, 30 mars). *Le coût du stress professionnel en France en 2007. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique* [Communiqué de presse]. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=410024>
- Trouessin, M. (2016). *L'addiction à la croisée entre dimensions morale et médicale*. De quoi addiction est-il le nom ? , Le Vinatier, France.
https://www.researchgate.net/publication/311963396_L%27addiction_a_la_croisee_entre_dimensions_morale_et_medicale
- Trudel, L., Simard, C., & Vornax, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches Qualitatives, Hors Série(5)*, 38-45.
http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf
- Uhalde, M. (2008). L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention : analyse critique d'une notion ordinaire. *Sociologies pratiques*, 16(1), 95-113.
<https://doi.org/10.3917/sopr.016.0095>
- Valeyre, A. (2007). Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation. *Travail et emploi*, 112, 35-47.
<https://doi.org/10.4000/travailemploi.2185>
- Valléry, G., Bobillier Chaumon, M. E., Brangier, E., & Dubois, M. (2019). *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (2e éd.). DUNOD.
- van Belleghem, L. (2017). *Faut-il repenser le « schéma à 5 carrés » pour analyser le travail contemporain ?* Congrès de la SELF, Tours, France.

- Vantomme, P. (2005). *BALISE : L'analyse de contenu*. 1-19.
<http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/COURS/CADRES/BALISE%20PHI.pdf>
- Verdier, E. (2009). PME et prévention des risques professionnels : difficile dialogue ou impossible rencontre ? *Après-demain*, 4(12), 35-38.
<https://doi.org/10.3917/apdem.012.0035>
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bullet de Psychologie. Bulletin de psychologie*, 45(405), 03-209.
- Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue Française de Sociologie*, 42(3), 537-561. <https://doi.org/10.2307/3323032>
- Veyrac, H., & Bouillier-Oudot, M.-H. (2011). Les concepts de représentations de la tâche en ergonomie pour la formation professionnelle des enseignants débutants. Dans P. Maubant & S. Martineau (Éds.), *Fondements des pratiques professionnelles des enseignants* (p. 219-242). Presses de l'Université d'Ottawa.
- Vidal. (s. d.). *MODAFINIL BIOGARAN*. Consulté le 29 janvier 2021, à l'adresse <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/modafinil-biogaran-59740.html>
- Vilatte, J. C. V. (2007, décembre). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Formation Evaluation (Lyon). http://www.reseau-lmac.fr/images/imagesFCK/file/outils/jcvilatte/jcvilatte_lentretien.pdf
- Vincens, J., Maruani, M., & Reynaud, E. (1994). Sociologie de l'emploi (compte rendu). *Revue française de sociologie*, 35(2), 331-335.
https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1994_num_35_2_4333
- Volkow, N., Fowler, J., Wang, G. J., & Goldstein, R. (2002). Role of Dopamine, the Frontal Cortex and Memory Circuits in Drug Addiction : Insight from Imaging Studies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 78(3), 610-624.
<https://doi.org/10.1006/nlme.2002.4099>
- Walker, B., & Bridgman, T. (2013). Organisational identity and alcohol use among young employees : A case study of a professional services firm. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 597-604.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.005>
- Wallon, H. (1946). *Principes de psychologie appliquée* (1re éd.). Armand Colin.

- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches Qualitatives, Hors Série(3)*, 243. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Wanlin2.pdf
- Weill-Fassina, A., Rabardel, P., & Dubois, D. (1993). *Représentations pour l'action*. Octares.
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2e éd.). Wiley-Blackwell.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry : a history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- Wisner, A. (1966). Leçon inaugurale de la chaire de Physiologie du travail et ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers. Dans A. Wisner (Éd.), *Réflexions sur l'ergonomie* (p. 33-46). Octarès.
- Wisner, A. (1982). La psychologie de l'homme au travail ou la psychologie n'est pas une technique. Dans A. Wisner (Éd.), *Réflexions sur l'ergonomie (1962–1995)* (p. 107-112). Octares.
- Wisner, A. (1992). Les études physiologiques à la Régie Renault. Dans A. Wisner (Éd.), *Réflexions sur l'ergonomie (1962–1995)* (p. 209-206). Octares.
- Zarifian, P. (2008, mai). *Événement, travail et compétence*.