

**Monsieur Marc Loriol**, Sociologue et chargé de recherche au CNRS (Centre national de la recherche scientifique, IDHE – G. Friedmann), Paris.

## Les réponses individuelles et collectives à la souffrance au travail.

Je suis heureux de pouvoir intervenir ici aujourd'hui et cela d'autant plus après les deux exposés que nous avons eus ce matin et qui me semblent tout à fait complémentaires de l'approche sociologique que je vais essayer de vous présenter, en insistant sur la façon dont les prises de substances psychoactives peuvent être comprises comme des réponses individuelles ou collectives à la souffrance.

### Slide 1-2

## Les réponses individuelles et collectives à la souffrance au travail

Marc LORIOL

Chargé de recherche au CNRS (Laboratoire Georges Friedmann)

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Pour mieux faire comprendre mon point de vue, je vais devoir, dans un premier temps, revenir rapidement sur la lecture que je fais en tant que sociologue des phénomènes de stress et de souffrance au travail dont nous avons vu qu'ils étaient complexes à analyser.

La question a d'ailleurs été posée tout à l'heure de savoir si le travail est plus ou moins stressant aujourd'hui qu'hier. La réponse n'est, bien entendu, pas évidente et pour y répondre de manière plus rigoureuse, il faut d'abord revenir sur les modèles et l'analyse du stress ou de la souffrance au travail. Dans un premier temps, c'est ce que je vais faire.

### Introduction et Plan

- Dans quelles mesures le stress et la souffrance au travail peuvent être à l'origine de comportements de consommation de substances psycho-actives (légal ou non) ?
- Pour répondre à cette question, il est tout d'abord nécessaire d'explicitier mon modèle d'analyse de la souffrance au travail afin de mieux comprendre les liens complexes entre les difficultés professionnelles, la façon dont elles sont gérées et d'éventuels comportements toxicomaniaques.
- Cela me permettra de discuter le lien entre consommation et CSP et de développer trois études de cas (observations ethnographiques) : les infirmières hospitalières, les policiers et les conducteurs de bus.

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORIOL

Cela permettra ensuite de pouvoir faire quelques remarques rapides sur le lien entre la consommation de substances psychoactives, qu'elles soient légales ou non, et les catégories socioprofessionnelles.

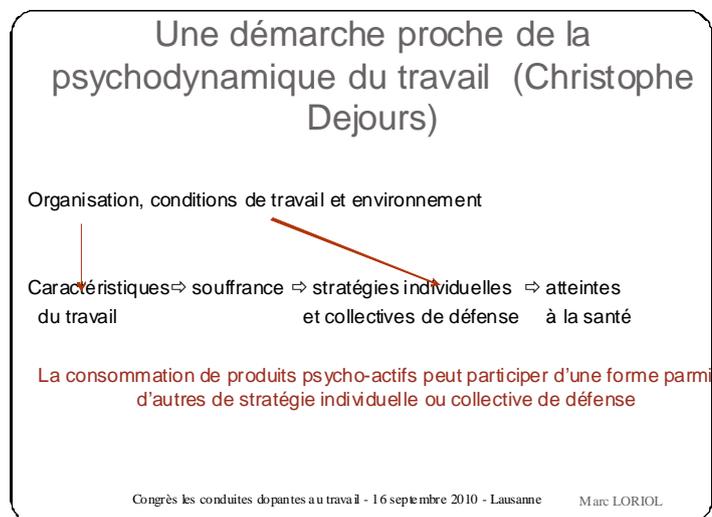
J'ai particulièrement étudié trois métiers, sur lesquels j'ai travaillé de nombreuses années depuis que je m'intéresse à la santé mentale au travail: les infirmières, les policiers et les conducteurs de bus. Cela pour montrer à chaque fois la dimension très sociale de cette prise de substances psychoactives, y compris comment celle-ci résulte d'une situation plus d'anomie, l'anomie elle-même étant une situation construite, pour revenir à l'exposé de Monsieur Patrick Laure tout à l'heure.

### Slide 3

Mon analyse de la souffrance au travail n'est, d'une certaine façon, pas très éloignée du modèle d'analyse développé par Christophe Dejours, que je vous présente rapidement pour montrer ce qui diffère dans mon analyse, et vous en expliquer la spécificité, à la fois à propos de la souffrance et de la prise de produits psychoactifs.

L'organisation du travail produit des situations particulières qui vont créer plus ou moins de souffrances. Chez Dejours, la souffrance, elle, est toujours première. Tout travail produit de la souffrance parce qu'il est résistance au réel et plus ou moins bien reconnu. Mais cette souffrance peut être gérée collectivement ou individuellement par des stratégies de défense. Ces stratégies peuvent être collectives, c'est le cas quand tout le groupe les met en œuvre, ou individuelles.

Du point de vue des substances psychoactives, bien que cela ne soit pas le thème principal de mes travaux ni de ceux de Christophe Dejours, nous pouvons quand même retrouver la même chose. Nous pouvons évoquer, par exemple, un cas qui est souvent cité dans les premiers travaux de Christophe Dejours, celui des ouvriers du bâtiments pour qui la peur de l'accident est conjurée par une mentalité très machiste, un grand déni du risque et du danger. Dans ce cadre, la prise d'alcool en groupe, collectivement est un élément de la mise à distance du danger.



L'alcool, objectivement, risque de renforcer le risque d'accident. Mais en prenant de l'alcool et en renforçant la croyance d'être fort, d'être capable de résister à cette prise d'alcool et en continuant néanmoins à monter sur un échafaudage et à travailler, les ouvriers ont l'impression - et le groupe les aide à s'en persuader - que finalement le danger n'existe pas ou qu'il n'est que pour les autres. Seuls les mauvais maçons ou seuls les plus faibles, ceux qui ne sont pas résistants, ceux qui ne sont pas forts, s'exposeraient à un danger en montant sur l'échafaudage, y compris après avoir bu de l'alcool. La consommation de psychoactifs peut donc participer d'une forme de stratégie collective d'occultation du danger.

Mais quand l'organisation du travail ne permet pas la constitution d'un collectif de travail, quand les salariés sont isolés les uns des autres, mis en concurrence ou se trouvent séparés physiquement ou par différents dispositifs empêchant de communiquer, les stratégies peuvent être plus individuelles. Et nous pouvons avoir des formes de consolation à souffrances plus individuelles, plus classiques. C'est ce qui a été évoqué ce matin, notamment dans l'exposé de Patrick Laure. Nous prenons un produit psycholactif à des fins de en terme consolation, pour tenir le coup, pour supporter de manière plus individuelle. La distinction entre les deux est importante et j'y reviendrai dans mon exposé.

## Slide 4



L'approche sociologique que je propose reprend un peu ce schéma-là, mais en insistant, non pas sur le fait que la souffrance est première et toujours nécessairement liée au travail mais plutôt, sur la définition intersubjective et organisationnelle des conditions de travail.

Il n'existe pas, ou pratiquement pas, de situations de travail types qui seraient, dans toutes les situations, dans tous les cas

possibles, dans tous les métiers, à tous les moments, toujours négatives ou toujours positives.

Beaucoup de situations sont très ambivalentes. Par exemple, le contact avec la mort, qui a été évoqué ce matin pour les infirmières, peut être une source de souffrance importante. Elle peut aussi être dans les services de réanimation, je l'ai observé, un moyen de se valoriser : prendre en charge des patients extrêmement mal-en-point, à condition d'avoir les moyens et une chance raisonnable de les sauver, peut être vécu comme un stimulant relativement positif.

Cet après-midi nous aurons peut-être un débat sur le bon stress et le mauvais stress. Personnellement, je ne parle pas de bon stress, car cela brouille un peu les choses, mais je parle plutôt de défis stimulants quand ils peuvent être surmontés, quand la situation de travail est définie de façon à ce qu'elle soit gérable, symboliquement et pratiquement par les collectifs. Il s'agit donc d'une du stress comme phénomène intersubjectif et liée aux moyens disponibles, à la culture du groupe et aux conditions de travail qui font que certaines situations vont être vécues comme pénibles ou au contraire comme supportables, voire éventuellement comme positives.

## Slide 5

### Justifications de ce positionnement conceptuel

- Coexistence dans un même établissement d'ateliers ou de services où les plaintes et les consommations addictives sont rares et d'autres où elles le sont moins (différences difficilement explicables par les seules caractéristiques individuelles).
- Caractère ambivalent (*a priori*) de nombreuses situations de travail, mais aussi de la consommation de produits psycho-actifs qui peut être parfois perçue comme normale voire bénéfique, parfois comme inquiétante et stigmatisante.
- Effets en retour des modes d'étiquetage éventuels du malaise et des consommations : selon comment elles sont perçues, leurs conséquences ne seront pas les mêmes (exemple: l'alcool qui renforce le groupe ou l'alcool qui isole).

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORJOL

Quand une situation est vécue comme pénible, cette pénibilité peut être gérée de façons différentes. Elle peut être gérée par une résolution en amont des problèmes, mais elle peut aussi être gérée par des revendications collectives. Les travailleurs peuvent estimer collectivement que telle situation de travail, qu'ils considèrent comme pénible et qui revient régulièrement, est le signe de l'exploitation dont ils sont l'objet ou le signe du manque d'intérêt

de leur employeur ou du patronat et ils vont lutter collectivement pour y remédier. Ils peuvent aussi considérer qu'ils ont à faire plutôt, je polarise volontairement les deux choses, à une fragilité, une détresse individuelle.

C'est la situation où un individu, personnellement, juge qu'il ne se sent pas à la hauteur des défis ou des exigences qui lui sont imposés, qu'il n'a pas les ressources pour faire face aux contraintes qui lui sont faites. Cela va alors s'exprimer sous des formes de catégories plus psychologiques, autour du stress, du burn-out ou de la dépression. Avec, là aussi, des façons différentes dans chacun des métiers d'utiliser telle ou telle étiquette. On parlera beaucoup de burn-out par exemple pour les infirmières et aussi beaucoup pour les métiers relationnels. Pour les enseignants, c'est la dépression qui est le plus souvent évoquée et le terme de burn out est moins utilisé. D'ailleurs, les études montrent que les enseignants seraient plus touchés que les autres français par la « dépression », mais pas par le burn out.

Pour d'autres métiers, dans le cas des policiers (en France en tout cas, au Québec le burn out policier est plus facilement évoqué), on ne parle pratiquement pas de burn-out. Le terme ne prend pas dans ce milieu, si je peux dire, et ne fait pas sens, ne semble pas correspondre à ce que ressentent les policiers dans leurs difficultés quotidiennes. Les policiers ont plutôt tendance, soit à gérer les problèmes en amont, soit à estimer qu'il s'agit de difficultés collectives souvent liées au sentiment d'être mal compris par la population et d'être mal traités dans les politiques sécuritaires.

"Nous donnons trop de droits aux délinquants", c'est ce que l'on entend très souvent chez les policiers. Leur capacité d'action serait entravée par d'autres métiers, les juges, les avocats, les politiques, qui mettraient des bâtons dans les roues des policiers. Ce n'est pas vécu sous la forme du stress, mais sous la forme de revendications collectives, c'est-à-dire « d'eux », les politiques, les avocats les journalistes, etc., contre « nous », les policiers qui savons quelles sont les vraies contraintes du métier.

Là aussi, comme chez Christophe Dejours, nous pouvons replacer la conduite de prise de produits psychoactifs dans ce schéma, avec l'idée, à la fois, que le sens des situations est construit localement dans chacune des activités professionnelles, mais aussi que le sens même de la consommation de certains produits, comme réponse possible, plus ou moins légitime, à ces difficultés, est construit socialement.

## Slide 6

---

### Facteurs individuels de définition de la situation

- Le genre qui pèse sur les orientations professionnelles et les comportements socialement attendus (alcool, comportement plus masculin, médicaments plus féminin) : on ne gère pas la souffrance pareil dans les métiers d'hommes et de femmes.
- L'origine sociale et la socialisation primaire qui définissent pour une part les ressources, les attitudes (ex : le rapport au savoir psycho-médical, à la santé...)
- La trajectoire personnelle qui joue sur les attentes, les styles relationnels (ex : infirmières anciennes aides soignantes ou policiers ayant eu une expérience professionnelle antérieure qui ont des rapports moins tendus avec les usagers d'origine populaire, une représentation plus pragmatique du métier, se plaignent moins du stress).

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORIOL

Pour étayer un peu ce développement conceptuel, j'aimerais faire quelques remarques. D'abord, dans les enquêtes, je l'ai constaté et d'autres sociologues ou économistes l'ont également constaté, nous pouvons tout à fait voir dans un même établissement, deux services, deux ateliers, apparemment soumis aux mêmes conditions de travail, qui auront du point de vue des plaintes de stress, mais aussi du point de vue des conduites

avec les produits psychoactifs, des situations tout à fait différentes. Avec des services où l'on se plaint plus de stress, où les personnes ont plus cherché individuellement des solutions ou des compensations dans la prise de produits psychoactifs, et d'autres où, au contraire, on se plaint beaucoup moins et où la consommation de produits psychoactifs est soit plus rare, soit plus collective, liée à des moments partagés de convivialité et où l'alcool, le tabac notamment, sont plus un support de convivialité que des fuites individuelles face à la souffrance.

Je l'ai dit, de nombreuses situations de travail sont a priori ambivalentes et le fait de ressentir qu'il y a un problème, gérable ou non, peut varier énormément d'un métier à l'autre et au sein du même métier, d'un groupe de travail à l'autre. Donc aussi le besoin ou non de prendre quelque chose pour supporter.

Pour finir, les catégories cliniques et les difficultés, je l'ai dit, sont étiquetées de différentes façons. On parle de burn-out dans certains métiers, on parle plutôt de dépression dans quelques catégories professionnelles, on parle de revendications plus collectives dans d'autres corps de métiers, etc. Nous pouvons dire la même chose des consommations de produits psychoactifs. Suivant les métiers, les cultures de métiers (je donnerai des exemples tout à l'heure) certaines consommations vont être perçues comme normales, voire bénéfiques et favorables ou au contraire comme stigmatisantes, honteuses et très négatives.

Du coup, leurs effets sur les personnes, à la fois dans une dimension sociale (les conduites honteuses peuvent isoler et aggraver les problèmes) et en termes d'effets biologiques (l'impact physiologique du produit peut être plus ou moins néfaste suivant sa signification perçue) vont être tout à fait différents. La double définition des difficultés rencontrées dans le travail et des solutions possibles est liée, bien entendu, à un certain nombre de facteurs.

Nous pourrions parler de facteurs individuels, mais en tant que sociologue, pas en tant que psychologue. Nous pouvons évoquer le genre : nous verrons qu'il y a des comportements qui sont plus masculins, l'alcool, et des comportements plus féminins, la prise de médicaments. Globalement, nous ne gérons pas la souffrance de la même manière dans les métiers très masculins, comme la police ou les conducteurs de bus et dans les métiers très féminins comme celui d'infirmière.

L'origine sociale également joue un rôle. Nous savons bien que les messages de prévention autour de la consommation d'alcool, ou de tabac, ont un impact plus grand sur les personnes qui ont un niveau socioculturel élevé que sur celles qui ont un niveau socioculturel plus modeste. Il y a un rapport à la santé, au savoir médical qui est socialement structuré.

La trajectoire personnelle également explique beaucoup de choses. L'expérience antérieure, est-ce que nous avons été directement infirmière, directement policier ou est-ce que nous avons eu des expériences professionnelles différentes avant? Le rapport, à la fois aux difficultés du travail mais aussi à la prise de produits, peut en être modifié.

## Slide 7

### Les facteurs collectifs et sociaux

- L'inégale répartition des ressources, des gratifications, des moyens de faire face et de se dégager des marges de manœuvre dans l'organisation : capacité à agir sur les causes des difficultés ou fuite dans l'usage de produits, recherche de consolation...
- Opportunités d'accès aux produits (médicaments pour les infirmières, drogue pour les policiers...)
- Le sens donné au travail et à la mission (définition du « vrai travail »), la culture professionnelle (valorisation de la force, donc de la résistance à l'alcool chez les ouvriers, les dockers...)
- L'étiquetage et la catégorisation collective du mal-être éventuel (par exemple forte médicalisation de la dépression chez les enseignants et plus fort usage de médicaments)
- Normes différentes quant à l'usage des produits, etc.
- Les formes de régulation et de gestion des difficultés dans le travail (usage collectif de l'alcool ou de la pause cigarette).

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORIOL

Mais ce sont surtout les facteurs collectifs qui vont m'intéresser, puisque ce sont eux qui vont déterminer, en quelque sorte, la façon dont se construit collectivement la signification des difficultés et des réponses qui sont apportées à ces difficultés.

Nous pouvons évoquer, bien entendu, l'inégale répartition des ressources qui font peser l'essentiel des problèmes sur certaines catégories plutôt que sur d'autres. Avec un phénomène

sur lequel je reviendrai très rapidement en conclusion, de développement dans l'activité professionnelle d'une fausse autonomie; c'est-à-dire que les gens sont sensés être de plus en plus autonomes, plus responsables de leurs résultats alors qu'ils sont, en même temps, de plus en plus interdépendants ; dépendants du travail des autres et des possibilités, des ressources qui sont offertes ou non par l'organisation du travail. C'est la situation où les gens, à la fois, dépendent de choses qu'ils ne maîtrisent pas, mais se voient enjoins d'être responsables de leur propre production et de leurs résultats. Ce qui amène, bien entendu, à aller vers la consommation de produits, pour tenir le coup, améliorer ses performances, ou calmer ses angoisses, comme cela a été évoqué ce matin.

Il faut évoquer aussi, j'y reviendrai dans mes exemples, les opportunités d'accès aux produits selon les métiers. On peut avoir accès plus ou moins facilement à certains produits. C'est le cas pour les infirmières et les policiers qui ont accès à des produits assez différents (médicaments à l'hôpital ou drogue illicites dans les commissariats).

Le sens donné au travail est un élément très important. Monsieur Patrick Laure a évoqué ce matin la question de la mesure de la performance. Les salariés ne sont pas contre l'évaluation, cela peut être une forme de reconnaissance. Mais l'évaluation selon des critères artificiels ou étrangers à la culture de métier brouille le sens du travail. Il est clair que pour tout ce qui est compris comme le "beau travail", les contraintes sont acceptées comme des contraintes du métier : prendre des risques, par exemple, pour arrêter un délinquant chez les policiers, s'occuper de malades très mal-en-point pour les infirmières dans la réanimation, représente des contraintes qui sont a priori négatives, mais qui sont d'autant mieux vécues qu'elles peuvent être pensées comme faisant partie de l'investissement normal que nous devons avoir ou manifester lorsque nous exerçons ce genre de métier. Par contre les contraintes qui sont perçues comme anormales, par exemple, pour les policiers de faire du "travail social", gérer des cas sociaux, des alcooliques, seront beaucoup moins bien vécues parce qu'elles ne font pas partie de ce qui est perçu par beaucoup de policiers comme le « vrai métier ».

Nous allons donc avoir une échelle des pénibilités qui peut varier d'un métier à l'autre, en fonction de cette définition du « vrai métier ». Et nous voyons que, quand il n'y a pas de définition du vrai métier qui est partagé par tous, ce que Patrick Laure évoquait sous le terme d'anomie, il y a effectivement des problèmes de souffrance qui peuvent en résulter et peut être une recherche plus individuelle de solution dans les produits psychoactifs.

Donc, nous l'avons vu très rapidement aussi, dans l'étiquetage du mal-être, nous pouvons alors avoir des discours différents sur la cause du problème: est-ce que c'est un problème d'organisation, est-ce que c'est un problème de défaillance individuelle, est-ce que c'est « eux » contre « nous », est-ce que c'est du stress, du burn-out, de la dépression? Cela varie fortement en fonction des différentes manières de faire des groupes sociaux, également de l'usage des produits et des formes de régulation des problèmes dans le travail.

## Slide 8



J'évoque ici le problème de la machine à café pour rappeler que le produit a différentes significations. Le café, ce n'est pas simplement la caféine comme stimulant biologique, mais c'est aussi un support des relations sociales.

La machine à café est un peu un symbole, dans le monde du travail, des échanges informels, même si ce n'est pas le seul lieu, heureusement, où les salariés peuvent se retrouver pour

discuter de leur travail, des difficultés qu'ils rencontrent, de tel ou tel supérieur ou de tel collègue (jugé agréable ou au contraire difficile) et pour élaborer parfois des solutions, des réponses ou, en tout cas, des visions relativement partagées du travail, qui vont donner un sens aux efforts qui sont faits. Cette machine à café est donc importante, à la fois comme source de caféine, mais aussi comme lieu où s'élabore un partage collectif autour du travail qui permet de donner du sens à un certain nombre de contraintes, de les rendre plus acceptables dans l'activité quotidienne.

## Slide 9

Armé de cette grille de lecture rapidement présentée (je devrais y consacrer plus de temps, mais je ne le peux pas aujourd'hui), nous allons maintenant pouvoir aborder la deuxième partie de mon exposé qui est d'essayer de comprendre finalement quel est le lien entre souffrance, difficultés au travail dans telle ou telle catégorie professionnelle et consommation de produits psychoactifs. Je vous

Source: Beck 2010 % Hommes Femmes	Consommation Régulière d'alcool	Tabagisme quotidien	Usage médicaments Psychotropes au cours des 12 derniers mois	Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois
Agriculteurs	47,9 16,7	16,8 5,7	4,1 13,0	3,0 0,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	27,7 9,3	36,5 36,1	8,9 24,4	9,8 6,0
Cadres	26,2 11,4	24,7 22,1	15,4 22,7	8,3 3,1
Prof. Intermédiaires	27,0 8,0	31,0 23,8	13,2 22,4	7,9 3,6
Employés	22,5 7,6	31,9 27,1	13,4 25,7	5,9 2,4
Ouvriers	29,8 7,7	41,2 33,4	13,6 26,5	7,2 3,0

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne      Marc LORJOL

présente assez rapidement ce tableau qui présente les chiffres de consommation de 4 catégories de produits psychoactifs, l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes et le cannabis.

Si je montre ce tableau (je ne rentrerai pas dans les détails car je n'ai pas le temps et c'est assez compliqué) c'est qu'on peut voir des choses qui sautent immédiatement aux yeux. Il y a des styles ou des schémas de consommation propres aux catégories professionnelles, par exemple :

- Les agriculteurs et l'alcool: nous voyons bien que c'est un monde où l'on consomme beaucoup plus qu'ailleurs, particulièrement de l'alcool.
- Les ouvriers et le tabac.

Il y a ainsi des associations entre certains groupes professionnels et la consommation de certaines catégories de produits psychoactifs. Mais nous pouvons aussi remarquer des différences importantes entre hommes et femmes. On peut remarquer que l'alcool, le cannabis sont plutôt des consommations masculines alors que les médicaments psychotropes vont être plutôt des «réponses» féminines aux difficultés ou aux problèmes rencontrés dans le travail ou dans la vie hors travail.

## Slide 10

Je vais maintenant passer à trois études de cas basées beaucoup plus sur des observations ethnographiques, donc des observations de longue durée des travailleurs dans leur milieu et des entretiens, plutôt que sur les données quantitatives. Donc trois métiers qui ne sont pas réputés être spécialement concernés par les problèmes de consommation de produits psychoactifs, mais par contre des métiers réputés pour être très stressants. Selon différentes études, ils sont classés comme faisant partie des métiers les plus stressants qui soient.

### Études de cas :

**Infirmières**  
**Policiers**  
**Conducteurs de bus**

Congrès des conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne Marc LORIOL

## Slide 11

### Les infirmières hospitalières

Plus grande tendance à verbaliser et à psychologiser son stress dans le milieu infirmier (sympathie pour le savoir psychologique) et facilités d'accès aux médicaments (récupérés sur ceux des malades ou prescrits facilement par les médecins du service).

L'usage de médicament peut être une forme de gestion collective de la souffrance, qui décline lors des grandes mobilisations collectives (étude Lert 1995 : la consommation d'hypnotiques et de tranquillisants entre 1985 et 1990 passe de 9,1% et 5,5% alors que se développent les grandes grèves).

Les consommations de tabac, de café sont l'occasion de temps collectifs d'échanges sur le travail qui facilitent la gestion des difficultés responsables des souffrances éventuelles.

Congrès des conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne Marc LORIOL

Les infirmières hospitalières correspondent à une catégorie dans laquelle il y a une grande facilité à verbaliser et à mettre en avant ses difficultés d'ordre psychologique. Il y a une sympathie a priori pour le savoir psychologique dans le milieu soignant qui est lié, entre autres, à la position même qu'occupent les soignants au sein de la division du travail dans l'hôpital. Ces soignantes, en tout cas les infirmières, sont prises entre le médecin qui, pour aller très vite,

soigne le corps et les aides soignantes, qui ont une approche considérée comme moins qualifiée de la relation aux malades. L'infirmière, qui serait une professionnelle de la relation, prend en charge le malade dans sa globalité et finalement insiste beaucoup, en tout cas c'est l'idéologie professionnelle telle qu'elle est véhiculée dans ce groupe et notamment dans les écoles de formation, sur la prise en charge globale des besoins, y compris psychologiques. Quand nous interrogeons les infirmières, nous entendons souvent dire « le psychologique, c'est 50% de la guérison ».

Il y a une sorte de sympathie a priori dans ce groupe pour le savoir psychologique qui se traduit par une grande ouverture à toutes explications d'ordre psychologique des difficultés de l'infirmière. D'où le succès, je l'ai évoqué tout à l'heure, de la notion de burn-out dans ce milieu-là.

En ce qui concerne la prise de médicaments psychotropes, nous avons vu que c'était une forme féminine de résistance ou de réponse aux difficultés au travail. C'est effectivement un problème qui est relativement connu, mais qui est aussi très tabou dans le milieu soignant. Très tabou parce que prendre des médicaments psychotropes c'est rechercher des solutions biomédicales à un problème psychosocial, les infirmières en ont bien conscience. L'importance donnée au psychologique fait que les infirmières ont, elles le disent elles-mêmes, plutôt une idéologie anti-médicaments a priori, mais c'est en même temps une facilité collective au sein de beaucoup de services.

Les infirmières me l'ont dit largement (je l'ai un peu moins vu parce qu'à l'époque où j'ai effectué mes entretiens car il s'agissait peut-être déjà d'un phénomène qui était combattu par la hiérarchie hospitalière), mais il est relativement fréquent, dès lors qu'une infirmière se sent en difficulté et qu'elle fait appel à ses collègues médecins, notamment au chef de service, de se voir prescrire des psychotropes. Pourquoi? Parce que le chef de service préférera que l'infirmière prenne en charge ses problèmes par la prise de psychotropes plutôt que par un congé maladie qui risque de désorganiser le service et qui ne sera pas rapidement remplacé, ce qui pourra peser sur l'ensemble du service et des collègues.

Il y a une tolérance finalement, même si c'est relativement honteux de prendre des médicaments psychotropes pour tenir, parce que c'est être positionné symboliquement du côté des malades en quelque sorte et ne plus être le soignant professionnel qui maîtrise la situation. Il y a néanmoins une tolérance relativement grande du groupe parce que cela permet d'éviter un certain nombre de congés maladies qui sont toujours très désorganisateur pour le service.

Les consommations de tabac et de café, par contre, sont l'occasion, dans le milieu infirmier, de temps de sociabilité. Et la salle de soins est souvent l'endroit où l'on boit du café et pendant longtemps où on a fumé. Maintenant c'est devenu interdit puisque l'on a plus le droit de fumer sur le lieu de travail, mais quand j'ai commencé mes enquêtes à l'hôpital c'était encore le cas donc on fumait sa cigarette et on buvait son café. En même temps, cela pouvait être le lieu où l'on discutait de ce qu'était le travail infirmier, des problèmes quotidiens du service, des façons de les résoudre et finalement c'était une forme de prévention collective du stress et le café et la cigarette étaient le vecteur de cette sociabilité et de cette convivialité.

## Slide 11

Dans la police, nous trouvons une configuration un peu différente liée au fait que le stress est quelque chose de beaucoup plus tabou, de beaucoup plus difficile à exprimer que dans le milieu hospitalier. Pourquoi? Parce que chez les policiers, le stress est un double échec. Quand un policier est stressé, c'est à la fois que le groupe de travail n'a pas su résoudre en amont les difficultés, pas su traiter les problèmes et que cela a dégénéré sous forme de souffrance individuelle, mais c'est aussi un échec individuel dans la mesure où beaucoup de policiers ont tendance à penser qu'un policier stressé n'a rien à faire dans la police ou en tout cas rien à faire sur la voie publique. "Il devrait être mis dans les étages", comme ils disent, c'est-à-dire dans les services administratifs où son arme lui est retirée et où il n'est plus en contact direct avec les citoyens sur la voie publique.

### Dans la police de sécurité publique

Difficulté à avouer son stress et préférence pour la gestion en interne, entre soi, des problèmes. Traditionnellement, l'usage collectif de l'alcool est un moyen de décompresser après des interventions difficiles et de souder le groupe ; chez les jeunes cette pratique est en recul au profit du café et du tabac, en partie sous l'influence d'un contrôle hiérarchique accru. Dans les brigades où il y a une bonne entente, beaucoup de problèmes sont gérés en amont, par la discussion.

Les drogues illicites sont disponibles mais restent interdites ou taboues (on m'a laissé voir d'autres déviances, mais jamais celle-ci) : attachement affiché à la Loi, volonté de se distinguer des délinquants, pratique clandestine qui fragilise le collectif ?

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc L. ORIOL

Traditionnellement l'alcool était dans les milieux policiers, et je l'ai observé chez les policiers les plus âgés quand j'ai fait mes enquêtes, un moyen de gérer collectivement les interventions difficiles. Après une intervention particulièrement mouvementée, quand il y a eu parfois des blessés ou des morts, du côté des policiers, du côté des mis en cause ou encore lorsqu'il y a eu des balles perdues pour des citoyens qui n'avaient rien à faire dans l'affaire, boire en commun était un moyen, et je l'ai encore un peu vu même si c'était déjà largement réprimé par les organisations et la hiérarchie policière quand j'ai commencé mes enquêtes, de faire face aux difficultés.

D'ailleurs beaucoup d'anciens déplorent le fait que ce soit de plus en plus difficile de recourir à l'alcool, de plus en plus interdit et de plus en plus pourchassé et de moins en moins toléré par la hiérarchie policière comme moyen de régulation du stress. Car pour eux, ce n'était pas simplement un produit, mais aussi un moment où l'on pouvait se détendre et revenir sur l'intervention. "Voir où ça s'était mal passé et bien passé, faire une sorte de débriefing collectif et sauvage, un remake", comme me l'on dit certains policiers. "Nous rejouons ce qui s'est passé et ça aidait beaucoup, d'une part à comprendre ce qui s'était passé, mais aussi à préparer les interventions pour la suite, pour éviter de reproduire les mêmes erreurs".

Par contre, (comme les médicaments psychotropes qui peuvent être facilement accessibles par les infirmières, soit en les récupérant sur les malades, soit sur prescription de leurs collègues médecins), les policiers ont facilement accès à un certain nombre de drogues illégales, tout simplement parce qu'ils les saisissent sur les délinquants qu'ils sont chargés de contrôler, notamment tout ce qui concerne les drogues douces illégales. Dans mes observations avec les policiers, on m'a très souvent montré des « prises de guerre » : des quantités parfois assez impressionnantes de drogues, gardées dans les armoires comme des trophées à exhiber aux visiteurs éventuels afin de montrer combien le service avait fait de belles interpellations et de belles prises.

Donc, comme le produit est sous la main, il ne serait pas si difficile que ça de le détourner. Néanmoins, c'est le sujet le plus tabou sans doute que j'ai rencontré dans les commissariats. On m'a laissé voir beaucoup de déviations, notamment l'usage de la violence dans certaines situations. Etant intégré après plusieurs semaines d'observations, on me montrait beaucoup de déviations, mais celle-là, je ne l'ai jamais vue. Donc j'en déduis qu'elle est relativement taboue. On en parle extrêmement peu, y compris dans les entretiens. Cela se dit à demi-mot, sur le mode de la plaisanterie, que parfois il y a des consommations de ce genre de produits, mais c'est une consommation extrêmement isolée et honteuse.

Pourquoi? Parce que là aussi, comme pour les médicaments en ce qui concerne les infirmières, prendre des drogues, c'est se retrouver de l'autre côté de la barrière. Les policiers sont du bon côté, ils sont du côté de la loi, de la morale, de ceux qui protègent les citoyens des irresponsables et des méchants. En prenant de la drogue, ils passent symboliquement de l'autre côté de la barrière, notamment de la drogue qu'ils ont récupérée dans le cadre de leur travail. Donc un côté extrêmement tabou. Finalement c'est l'idée que cette consommation va, au contraire de l'alcool chez les anciens, non pas renforcer le collectif mais le fragiliser parce que cela va affaiblir ce qui fait la motivation, l'envie des policiers d'être actifs et efficaces. C'est-à-dire cette force de la morale, du respect et d'une certaine vision de la loi qui justifie les actions des policiers.

## Slide 14

### Les machinistes de la RATP

Consensus fort et ancien entre la direction, les syndicats et les conducteurs (surtout les plus âgés) autour de la sécurité de la conduite, ce qui justifie une grande vigilance sur les substances psycho-actives : contrôles réguliers, messages de prévention, mise en inaptitude et suivi médical en cas de problème.

Parler de son stress, de sa souffrance, malgré un milieu plutôt masculin et « macho », est bien accepté dès lors que cela est traduit en terme de revendications collectives relayées par les syndicats, d'où un fort encadrement par le collectif malgré l'isolement des conducteurs.

Les cas de consommations de substance psycho-actives lors du travail sont rares, mais lorsqu'elles sont détectées, elles se traduisent par une mise à l'écart, des situations vécues comme pathologiques et stigmatisantes.

Parmi les jeunes machinistes, la conduite « sécurité-confort » n'est plus la seule forme de valorisation professionnelle et le contrôle drastique des consommations apparaît parfois comme un peu moins légitime.

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORIOL

Dernier exemple que je voudrais aborder rapidement, c'est celui des machinistes et des conducteurs de bus à la RATP. Cet exemple est intéressant parce que, si la question de consommation de médicaments psychotropes et la consommation d'alcool ont fait l'objet d'une préoccupation de la part des directions hospitalières et dans la police depuis la fin des années 80 et les années 90, la RATP s'est préoccupée de façon beaucoup plus précoce de

la question de la consommation de substances psychoactives chez les conducteurs de bus, pour des raisons évidentes de sécurité. Même si nous pourrions aussi penser que c'est très dangereux d'avoir des policiers sous l'emprise de substances psychoactives ou des infirmières sous l'emprise de médicaments psychotropes!

A la RATP il y a une culture extrêmement forte et ancienne de la sécurité de la conduite, ce qui fait que cette question-là fait l'objet d'un large consensus entre la direction et les conducteurs, notamment les conducteurs les plus âgés. La fierté des conducteurs RATP, c'est ce qu'ils appellent la conduite "confort sécurité". Très faible taux d'accident, pas de freinages brusques. Du coup, tout ce qui peut altérer cette conduite "confort sécurité" fait l'objet de façon précoce, dès les années 50, de campagnes importantes à la RATP pour détecter les consommations d'alcool et également pour prendre en charge les machinistes avec d'éventuels problèmes de boisson. Les machinistes, dès lors qu'ils ont un problème de consommation d'alcool diagnostiqué comme régulier sont mis en inaptitude et sont enlevés de la conduite. Cela coûte très cher à la régie parce qu'ils sont placés dans des bureaux et souvent à ne pas faire grand-chose.

C'est un problème que la régie a tâché de résoudre. Avec l'accord des syndicats, elle a créé des centres spécialisés pour la prise en charge des problèmes alcooliques et une surveillance extrêmement stricte de la moindre consommation d'alcool chez les conducteurs de bus pendant leur service.

Cet intérêt pour la consommation d'alcool s'est élargi dans les années 70-80 à la consommation de médicaments psychotropes. Dès lors que les antidépresseurs se sont répandus dans la société, la direction de la RATP s'est inquiétée de la conduite sous l'emprise d'antidépresseurs, qui pouvait être un facteur augmentant le risque d'accident. Des suivis ont alors également été mis en place pour les personnes dépressives afin d'éviter que la prise de psychotropes ne soit trop longue et que l'on puisse en quelque sorte les remettre le plus vite possible dans la conduite, à la fois pour des raisons économiques, mais aussi pour des raisons psychosociales. Les conducteurs étant mis en inaptitude voyaient souvent leurs difficultés psychologiques s'accroître n'ayant plus accès à la conduite et n'étant plus valorisés dans ce métier-là.

Il y a un lien fort entre l'acceptation de cette politique très stricte sur les substances psychoactives et la croyance qu'un bon conducteur n'est pas seulement besoin d'être souriant, ni seulement de bien accueillir les personnes dans le bus, mais avant tout de conduire le bus en toute sécurité et en confort. Cette situation-là évolue un tout petit peu chez les jeunes machinistes, où j'ai pu entendre, de façon bien entendu très prudente, un peu plus de critiques vis-à-vis de ce contrôle extrêmement strict et tatillon des consommations de produits psychoactifs par la régie.

Dans les années 90 la régie a lancé un grand programme, le "service attentionné". Il fallait que le conducteur ne soit plus seulement une personne qui conduise un bus, mais qu'il accueille, qu'il conseille, qu'il oriente les passagers dans son bus. Et du coup, cette dimension relationnelle a fait passer un peu au second plan, en tout cas chez les jeunes, dans la construction la fierté professionnelle, la sécurité. Et peut-être à ce titre, le contrôle très strict des consommations devient un peu moins légitime.

En conclusion, je voudrais développer quelques pistes de réflexion par rapport aux questions qui ont été posées ce matin et quelques pistes de réflexion en tant que sociologue.

Le premier point que je voudrais souligner c'est que finalement, le lien entre souffrance au travail, dégradation des conditions de travail, plaintes de stress et prises de produits psychotropes est extrêmement complexe. Il est difficile de rattacher de façon causale et simple une dégradation observée quantitativement des conditions de travail avec la plainte de souffrance et la consommation de substances psychoactives.

Nous avons vu qu'il y avait un ensemble de médiations sociales qui peuvent jouer entre les deux, notamment l'importance du collectif. Parmi ces médiations sociales, je voudrais souligner le fait suivant. Si certaines formes d'organisations du travail individualisent les responsabilités, placent l'individu seul face aux exigences qui lui sont faites sans la protection, la médiation du groupe, cela peut évidemment conduire à une augmentation de la prise de produits psychoactifs, pour faire face, pour se consoler ou pour compenser.

Cela peut aussi se traduire par un changement dans la signification même des prises de produits psychoactifs. Nous passerions dans certains cas, de formes collectives et tolérées de consommation, à des pratiques individuelles, honteuses et vécues comme pathologiques. Chez les ouvriers, chez les dockers, cela a été relativement bien étudié, l'alcool fait partie de la sociabilité du groupe, il est un support à la discussion et au débat concernant leur travail. Cette consommation collective et tolérée a peut-être moins d'inconvénients que d'avantages en terme de résolution en amont des problèmes, en terme de régulation collective des difficultés que des consommations plus individuelles, plus honteuses, plus stigmatisantes qui excluent.

Le dernier point que je voudrais souligner pour terminer, c'est également le fait que dans les métiers que j'ai étudiés, nous avons pu observer, avec des temporalités différentes, un changement dans les attitudes des directions face au produit. Dans la police, à l'hôpital, il y avait une tolérance pour l'alcool, pour la prise de médicaments psychotropes. Cette tolérance s'est réduite fortement dans les années 80-90 pour différentes raisons. Ce mouvement n'est pas isolé. Par exemple dans les milieux ouvriers, l'alcool était traditionnellement un élément important, certains sociologues ont dit que c'était une matière première parmi d'autres de la production industrielle ! Il y a aujourd'hui de moins en moins de tolérance, ce qui fait apparaître de nouvelles déviances parce que le problème est perçu comme inacceptable. Cette dimension de plus ou moins grande tolérance illustre bien finalement comment la signification et même les effets d'un produit peuvent varier en fonction de la façon dont ce produit va être étiqueté et va être jugé. Lors de la discussion, je pourrai donner quelques exemples. Je vous remercie pour votre écoute.

## Bibliographie

### Références citées

- Lert F, Niedhammer I, Marné MJ. Psychotropic drug use and shift work among French nurses (1980-1990). *Psychological Medicine*, 1995; 25:329-38.
- Beck F, Legleye S, Maillachon F, de Peretti G, Femmes influentes sous influence? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives, *Medecine/sciences*, 2010 ; 26 : 95-7

Congrès les conduites dopantes au travail - 16 septembre 2010 - Lausanne

Marc LORIOL

- Lorient M., *Je stresse donc je suis*, Mango 2006
- Lorient M., *Le temps de la fatigue*, Anthorpos, 2000
- Lorient M., Buscato M., Weller J.-M., *Au delà du stress au travail*, érès, 2008

### Articles

- Lorient M., 2010, *Souffrance et stress au travail. Analyses et modes d'action*. Paris 1- CNRS
- Lorient M., 2010, *Organisation du travail, perception et gestion des risques psychosociaux*, Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement. Volume 71, Issue 3, June 2010, Pages 283-286
- Lorient M., 2010, *Discussions informelles au sein du groupe de travail et construction du stress. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de sécurité urbaine*. Communication et Organisation, No 36.
- Lorient M., 2010, *La construction sociale du stress: entre objectivation, subjectivité et régulations collectives des difficultés du travail*. Nouvelle revue de psychosociologie.