

Compte-rendu de la session « Conduites addictives » - 2008

Exposé de M. Fauquenot et de Mme Durand Lutz (ANPAA)

Présentation d'un plan d'action sur la prévention du tabagisme en milieu hospitalier

Débat suivant les deux exposés

Contenu du texte que le CST souhaite produire

Dans son introduction, Nadim FARES présente le thème des conduites addictives comme un sujet longtemps considéré comme « tabou », notamment en milieu professionnel. Le thème pose la question de la frontière entre le champ des risques professionnels et celui de la santé publique. Or dès que l'on parle de santé publique, il est nécessaire de faire référence aussi bien à la sphère professionnelle qu'à la sphère privée.

Nadim FARES rappelle que le travail du CST consiste à élaborer des préconisations pour un plan d'action à destination du CA de la CNRACL portant sur le problème des conduites addictives et sur la prévention de ces conduites dans le seul champ professionnel, même si, sur le plan théorique, il apparaît illusoire de séparer ces différents champs de pratiques que sont le champ professionnel et le champ public.

A) Exposé de M. FAUQUENOT et de Madame DURAND LUTZ (ANPAA)

Pour introduire l'exposé de Madame DURAND LUTZ, Monsieur FAUQUENOT rappelle les origines de l'A.N.P.A.A., de son organisation et de ses missions.

Le commentaire que Madame DURAND LUTZ établit à propos de la définition savante des conduites addictives, ne renvoie pas automatiquement à la notion de dépendance, comme chacun de nous est prêt à l'admettre. Sans doute avons-nous tendance à confondre substance psychoactive (ex : psychotrope) et abus (ou mésusage ou consommation abusive) de drogue entraînant souvent le risque de dépendance. Il existe un décalage entre les représentations habituelles de ces produits et leurs définitions savantes. Par exemple, l'alcool est classé de manière savante parmi les drogues, alors que la représentation commune ne la définit pas comme telle. Il est vrai que sa consommation est fortement intégrée dans

nos manières de vivre. Madame DURAND LUTZ insiste sur le rôle des représentations concernant les produits, surtout pour ceux qui les consomment. (Confer Références)

La notion de conduites addictives renvoie à un ensemble de comportements mais aussi de déterminants. Cette notion définit « l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives (usage simple, usage à risque, usage nocif et dépendance) ainsi que l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution » (Parquet Reynaud – 2000).

Par exemple, l'approche psychanalytique du comportement évoque l'addiction comme fait de : « payer sa dette de sa personne » (Goodman, A., 1990, « Addiction, definition and Implications », British Journal of Addiction, 85, 1403-1408). L'arrêt de la dépendance vis-à-vis de l'alcool n'est donc pas une simple affaire de « volonté », car la dépendance est le résultat de différents déterminants que ceux-ci soient physiques, psychologiques et sociaux. Parmi les déterminants sociaux, on peut évoquer la valeur des représentations culturelles (traditions, rites, expérience du plaisir). Il s'agit donc de comprendre les conduites addictives à partir d'un système dynamique d'interactions entre individu, environnement et produit.

Madame DURAND LUTZ présente les chiffres de différentes consommations de différents produits (cannabis, alcool...), puis centre son propos sur les consommations au travail. Plusieurs raisons pour comprendre la consommation d'alcool sont avancées : conduite de dopage au travail (recherche de la performance), conduites d'évitement de la pression sociale (sauvegarde psychique du sujet).

Madame DURAND LUTZ présente les différents modèles et méthodes qui justifient les modes d'intervention de l'ANPAA : approches de la prévention des risques professionnels préconisée par l'INRS et l'ANACT, « systémique sociale » (Cf. LUGAN, J._C., La systémique sociale, Presses Universitaires de France, 1996) et conduite du changement dans les organisations, démarche ergonomique (l'analyse du travail), psychodynamique du travail, addictologie reposant sur la continuité d'action entre prévention, intervention sociale et soin.

Qu'est-ce qu'être professionnel ? Cette question permet de dessiner les limites de l'intervention de l'ANPAA. Pour l'ANPAA, il existe une relation

entre le travail (défini à partir de l'activité et de son organisation), la santé physique et mentale, et la vie privée définie par les notions de « personnalité » (expression sociale de la subjectivité), les « opinions » et les « valeurs », le « projet personnel » (projection de la subjectivité dans la société), les « capacités ». Ces différents champs d'action que sont le travail, la santé et la vie privée sont mobilisés dans les situations professionnelles. L'intervention de l'ANPAA part des situations professionnelles et cherche à prendre en compte et à agir uniquement sur ce qui est mobilisé dans ces situations. Il s'agit donc pour elle de distinguer ce qui est « engagé » et ce qui est « contractualisé » afin d'agir dans les situations professionnelles sans déborder sur la sphère privée. Selon Madame DURAND LUTZ, au travail, si la sphère privée est « engagée » elle n'est pas contractualisée. Il ne peut donc être question d'agir sur elle. [1]

L'ANPAA est sollicitée par les milieux professionnels à divers titres. La demande « classique » s'exprime à travers un sentiment d'impuissance. Souvent, celui qui la formule exprime une forte résistance, du fait même de l'impuissance à laquelle il se trouve confronté. Généralement il attend de l'ANPAA, plus une aide, et éprouve une difficulté pour qualifier la difficulté qu'il ressent, et pour décider. Madame DURAND LUTZ constate que de nombreuses personnes s'appuient sur leur propre difficulté pour « justifier » leur impuissance à intervenir.

Cette demande doit s'inscrire dans le cadre des principes d'action définis par l'ANPAA et évoqués plus haut. Deux questions se posent alors. Premièrement, où commence et où s'arrêtent le domaine privé et le domaine professionnel ? La GRH est ambivalente : gère-t-elle des personnes ou gère-t-elle du travail ? [2]. Deuxièmement, comment dépasser d'éventuels conflits de valeurs pouvant apparaître entre sphère privée et sphère professionnelle, entre ce qui est « engagé » et ce qui est « contractualisé ». Madame DURAND LUTZ illustre son propos en rappelant les conditions menant à une prise de décision. S'appuyant sur les travaux de C. DEJOURS, elle confirme qu'il existe une relation établie entre les représentations qu'on se fait des conséquences d'une décision et la prise d'initiative permettant de prendre cette décision.

L'ANPA accompagne la sortie des conflits de valeurs, de libertés individuelles et de pouvoir. Madame DURAND LUTZ estime la connaissance du phénomène des conduites addictives ne constitue pas en soi une clé pour faire évoluer les choses. Il faut d'abord travailler sur les repérages en termes de valeur, de vécu, de pouvoir, et agir en vue d'une

transformation des représentations des acteurs impliqués dans le « jeu social » où sont présentes ces conduites. Explorer cette dimension d'intervention nécessite de confirmer les axes qui la sous-tendent et la rendent nécessaires, à savoir la loi (article L 230-2 du Code de travail – évaluation des risques professionnels). L'obligation générale de sécurité est le corollaire du pouvoir de direction de l'employeur, en vertu de la relation contractuelle professionnelle avec les travailleurs. La logique des juges, pénal et prud'homal, est que l'employeur ayant autorité sur les salariés, avec obligation d'exercer leur pouvoir disciplinaire en vertu de cette autorité, en vertu du contrat de travail, sont responsables de leur sécurité. Mais la loi ne dit pas comment faire, même si, selon Madame DURAND LUTZ, « il faut s'inspirer de l'esprit de la loi ». Il s'agit de concilier application de la loi, objectif de prévention et relation d'aide, et donc de mobiliser de nombreux acteurs de l'entreprise. Pour l'application de la loi, direction et représentants du personnel, pour l'objectif de prévention, la Direction, le CHS, Service santé au travail, les différents « groupes relais », pour la mise en œuvre de la relation d'aide, le service santé au travail, le service médicosocial. Il est donc important d'identifier les rôles de chacun et de repérer les acteurs à mobiliser pour créer un dispositif de prise en charge et d'aide. Madame DURAND LUTZ cite le Rapport RAYNAUD à la Direction Général de la Santé (La documentation française – 2002). « Pour être efficace, la politique concernant les consommations de substances psychoactives doit mobiliser outre la médecine du travail, la direction et les représentants du personnel (CHSCT). »

Puis Madame DURAND LUTZ présente la démarche de conduite de projet menée par l'ANPAA pour ses interventions.

Il s'agit de la méthode IPRP comportant cinq étapes :

1. Implication du dirigeant et des salariés. Constitution du groupe projet et communication ;
2. État des lieux analyse des événements, des facteurs de risques, de l'histoire ;
3. Élaboration du Plan d'action (objectifs, acteurs, moyens, échéancier, critères d'évaluation) et du Plan de communication ;
4. Mise en œuvre et suivi des actions ;
5. Évaluation de l'action, bilan.

L'ANPAA cherche à installer la démarche dans la durée. Madame DURAND LUTZ clôt son exposé par la présentation de quelques plans d'action.

B) Présentation d'un plan d'action sur la prévention du tabagisme en milieu hospitalier

Francine BONFILS présente la genèse et l'histoire du Réseau « Hôpital sans tabac ». Créé en 1996, le réseau est une association qui aide les établissements. L'établissement s'engage pour respecter une charte. Le réseau s'oriente à partir de 2007, vers la prévention des conduites addictives.

Jean-Patrick DEBERDT présente le Programme de formation FASTER mis au point par le réseau. Ce programme de formation est installé pour 6 mois sur le système d'information central de l'hôpital. Une formation des cadres relais à l'utilisation des logiciels permet à ces derniers d'organiser des sessions FASTER au plus près des lieux de travail. Une évaluation est réalisée au bout de 6 mois.

C) Débat suivant les deux exposés

Les objectifs sont rappelés : il s'agit pour le CST d'élaborer des orientations et de proposer un plan d'action à destination du CA de la CNRACL.

La problématique du débat est proposée. Les conduites addictives constituent un problème flou ou complexe qui s'enracine dans la compréhension que chacun se fait de l'individu, des différents groupes ou collectifs dans lesquels s'élabore la vie en général et la vie au travail de cet individu, du rôle des institutions, des lois et la réglementation, mais aussi de l'ensemble des pratiques touchant à la santé publique et à la santé au travail. Plusieurs points de réflexion sont proposés pour organiser la discussion.

1 – Les propos entendus ce matin s'appuient sur différents modèles théoriques qui justifient explicitement ou non l'orientation des actions prises en matière de prévention des risques. Il est proposé aux membres du CST de réfléchir à ces modèles. Trois « domaines » ont été présentés comme en relation. Premièrement, le rappel à la réglementation est fondamental, et il est nécessaire de s'appuyer sur elle pour agir. Deuxièmement, la prise en compte de la personne devrait respecter « ce

qui est engagé » et s'appuyer sur « ce qui est contractualisé » [3] . Troisièmement, l'organisation du travail et de l'action collective, et la possibilité de voir dans le travail et dans son organisation, la source de difficultés pour la personne.

2 – Les présentations montrent que le problème posé ne peut l'être dans selon une approche « mécanique », strictement causal. Faut-il faire appel à une compréhension plus systémique ? Par exemple, il est difficile d'envisager une symétrie a priori entre la compréhension des situations pathogènes et l'orientation des préconisations pour créer des situations de travail qui ne soient pas pathogènes.

3 – Le CST se doit de distinguer des leviers d'action utiles à la mise en œuvre d'une politique de prévention. Sur quoi agir ? Il ressort des exposés que la cible d'un futur plan d'action pourrait être les « responsables » des conduites. Ces responsables sont multiples : les « humains » les « comportements », les formes politiques d'organisation de l'action collective, les environnements...

En ouvrant le débat, Nadim FARES rappelle à nouveau l'importance de faire le lien entre les démarches proposées et la question des risques professionnels, même si le lien est difficile à définir.

Monsieur FAUQUENOT réagit dans le sens des propos introductifs sur la « modestie ». Pour lui, les conduites addictives ne sont pas toujours vues comme un problème dans une structure de travail. Pour les responsables hiérarchiques, ce qui pose problème, ce sont aussi les 95% de personnes qui ne relèvent pas de conduites addictives. Monsieur DEJEAN va dans ce sens. Il ne faudrait pas que la prise en compte des conduites addictives permette de trouver des excuses pour ne rien faire pour les autres problèmes qui se posent.

Selon Monsieur LEROY, la moitié des cas posés en conseil de discipline dans les petites collectivités relève de problèmes d'alcool plus ou moins sous jacents. Le maire finit par mettre une sanction après avoir cru qu'il avait fait tout ce qu'il avait à faire. Les maires semblent particulièrement désarmés.

Monsieur JANDROT insiste sur la mise en relation de l'aspect réglementaire et l'obligation de résultat du chef d'entreprise. Selon lui, la sanction disciplinaire est toujours le constat d'un échec. Aujourd'hui, on raisonne plus sur la prise en charge des personnes après détection du

problème, que sur la question d'un cadre de prévention. L'approche des différentes sphères présentées ce matin permet de définir la légitimité des différents acteurs impliqués. Monsieur JANDROT établit une analogie avec le risque routier dans la question du rapport entre sphère privée et publique. Il lui semble important de ne pas déboucher sur le seul phénomène de sanction.

Monsieur MOREL se pose la question de savoir en quoi le problème des conduites addictives constitue un problème. Sur quoi et sur qui peut-on agir. Il estime n'avoir rien entendu jusqu'à présent qui puisse promettre un résultat en matière de prévention des risques.

Madame DURAND LUTZ reprend la parole. Affirmer qu'on ne doit pas agir en termes de sanctions renvoie à un modèle. Par là, on considère la personne comme malade. La sanction a son importance dans le dispositif de prise en charge. Il faut amener la personne à raisonner sur un équilibre entre coût et avantage, car la dépendance est « hémorragique ». Exclure la sanction reviendrait à supprimer une résistance qui va s'opposer à cette « hémorragie ».

Monsieur BROCHARD estime que les conduites addictives constituent un problème majeur de santé au travail, et que les médecins du travail ont besoin d'être aidés pour agir dans les entreprises. Il considère que la sanction est une arme thérapeutique, et constate que les conduites addictives en milieu hospitalier, notamment chez les médecins, est importante, notamment dans les secteurs de réanimation, de chirurgie. Il suggère l'existence d'un rapport de causalité entre activités et conduites. Pour sa part, il considère que les thérapeutes exigent que les directions prennent des sanctions. Enfin, il rappelle que le médecin du travail est sollicité pour prendre des mesures d'adaptation (ex : mesures de restriction).

Monsieur BECUWE approuve les propos qui tenus par Monsieur BROCHARD. Il rouvre la distinction entre prévention et sanction et s'interroge sur le niveau où la situer. Il suggère de prendre en compte la question du danger que représentent les conduites addictives : danger pour la personne, pour les autres. Il estime que la sanction peut être utile, à condition de ne pas s'en servir comme d'un aveu d'impuissance.

Monsieur LEBLANC rappelle que les mutuelles sont très sollicitées sur les addictions. La question est posée à travers l'encadrement de proximité ou encadrement intermédiaire. Les mutuelles sont amenées à faire de la

formation action, car les collectivités ont bien souvent oublié de mettre en place des procédures. Il constate que, dans les collectivités territoriales, la « patate chaude » est bien souvent distribuée aux médecins de ville. Il rappelle l'importance de la question de l'organisation du travail, et de manière plus générale les relations entre la souffrance et le plaisir et valorise la définition donnée de la sphère sociale qui représente, selon lui, une piste de réflexion en matière de prévention des risques.

Monsieur SAVOYE estime que la dépendance entraîne perte du libre-arbitre. « Quand on est pris là-dedans, il faut prendre une claque pour s'en sortir ! » Le fonds de prévention doit se poser la question pour les différents aspects de la consommation d'alcool : les pots arrosés et les états profonds de dépendance.

Monsieur FAUQUENOT revient sur les propos de Monsieur MOREL. Sur le plan épidémiologique, il n'existe pas d'études qui permettent de savoir si c'est un « vrai » problème de santé au travail.

Monsieur DESBIENS souligne l'importance qu'à un moment l'employeur puisse trouver des solutions. Il cite l'exemple de quelqu'un qui disait ne boire qu'en dehors du travail et la décision qu'a pris le maire de mettre en place de contrôle inopiné pendant deux ans. « Quand il existe une répression, les gens se remettent peut-être dans la situation normale. », rajoute-t-il.

Madame DURAND LUTZ rappelle que le processus d'intervention évoqué s'établit sur une longue période. L'employeur est obligé de se positionner, mais bien souvent beaucoup d'acteurs se mettent en branle sans qu'elles soient directement interpellées. La sanction ne peut être isolée de l'ensemble du processus, même s'il s'agit de distinguer ce qui regarde l'employeur et ce qui ne le regarde pas.

Monsieur THIBAUT estime que ce qui a été présenté jusqu'à présent illustre ce qu'est une démarche classique de prévention.

On y retrouve cinq étapes essentielles :

1. Implication des dirigeants, des représentants...
2. Évaluation des conduites addictives, en se centrant sur l'impact des conduites sur le travail.
3. Mise en place d'actions concrètes avec et auprès d'acteurs identifiés

4. Évaluation de l'efficacité du plan d'action mis en œuvre à partir d'indicateurs admis.
5. Évaluation de l'ensemble de la procédure et évolution de celle-là. Il pense qu'il est fondamental d'agir sur les déterminants des situations de travail, sur l'organisation de travail.

Madame MONTERA constate qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder. Elle prend pour exemple un établissement hospitalier où la question posée en CHSCT n'a trouvé une réponse qu'au bout de deux ans. Il existe un souci récurrent au niveau du repérage des problèmes d'addiction. L'encadrement intermédiaire perçoit le problème plus tôt que les autres mais reste démunie, ne sachant pas quoi faire de cette information. Il y a nécessité de leur fournir des pistes, des moyens, et de clarifier pour les médecins du travail ce qu'ils peuvent faire pour ce type de situation : aptitudes aux postes « délicats », prise en compte de l'individu.

Monsieur COURTOIS pose plusieurs questions.

Premièrement, faut-il valider le modèle présenté ? Il constate, qu'autour de la table, il n'est pas obligatoirement partagé, il est certain qu'il ne l'est pas du tout dans les collectivités. Deuxièmement, Si le CST valide ce modèle comment la CNRACL pourra faire passer l'information ? Troisièmement, il n'existe pas de données suffisantes sur le sujet. Monsieur COURTOIS pense nécessaire de promouvoir de la recherche sur les conduites addictives et la santé au travail. Que fait-on, par exemple, sur l'alcoolisme féminin ?

Monsieur BRIXI a besoin de confrontation. Il lui semble nécessaire de réfléchir aux bons qualificatifs à franchir sur le sujet. Ces bons ne le seront que si surgit un besoin de tolérance et la nécessité de délibérer. Pour lui, les conduites addictives constituent une question délicate qui résonne en chacun de nous mais qui résonne fort socialement. Est-ce un problème ? Oui, c'est un problème ? Oui, mais pour qui ? Si c'est un problème, on ne peut pas décider de sa hiérarchie. Monsieur BRIXI pense qu'il est nécessaire de construire des compromis sociaux entendables pour les uns et pour les autres. Il estime que la question des conduites addictives n'est pas donnée en pâture aujourd'hui par hasard. La question, c'est d'abord la compréhension, pas l'action. Il exprime son désaccord vis-à-vis de ceux qui prônent une transition rapide entre compréhension et action. Pour lui, les conduites addictives ne constituent pas un simple problème pragmatique. Il faut s'interroger pour savoir pourquoi quelqu'un

en arrive à boire, et pourquoi cette question arrive-t-elle aujourd'hui ? Il rappelle les travaux de C. DEJOURS sur l'alcool dans la police.

Madame DURAND LUTZ souhaiterait que lui soit resituée les objectifs du CST ? Si ceux-là sont de comprendre tout ce qui est lié aux conduites addictives, ce qui a été présenté ce matin est alors insuffisant car orienté sur les réponses à apporter à ceux qui se posent la question. Les conduites addictives constituent-elles un problème ou sont-elles en soi une solution ? En termes de soin, l'ANPAA n'est pas là pour soigner (arrêter les conduites addictives) mais pour accompagner les gens (améliorer ses conditions de vie). Se chevauchent le cadre, l'intérêt individuel, collectif.

Monsieur BLAIS souhaite revenir sur la dimension du travail et des Risques Professionnels. La question qu'il pose est : faut-il traiter des gens ou faire de la prévention ? Il considère qu'il existe des métiers « à risques » (médecins anesthésistes, réanimateurs, policiers, sapeurs-pompiers) plus sensibles que d'autres aux conduites addictives.

Monsieur VERNEZ centre ses remarques sur la question de l'alcoolisme chez les femmes. Que faire en matière de prévention ? Il lui semble important d'agir sur la consommation sur les lieux de travail, notamment au vu de la proposition de classement de l'éthanol au niveau Européen comme toxique de catégorie 1 pour la reproduction. Il lui semble également important d'impliquer les malades et de considérer le rapport entre l'employeur et les malades.

Monsieur BIELEC estime qu'il ne faut pas ramener à la seule dimension de l'entreprise un problème qui la dépasse largement. À titre d'exemple, il cite l'expérience des salariés vis-à-vis de l'alcool avant l'entrée dans la vie professionnelle. Il pense également qu'il ne faut pas valoriser uniquement l'approche individuelle (comportement) de la question.

Nadim FARES met fin au débat en rappelant que quelques recommandations vont être extraites de l'analyse du débat et rédigées pour être validées par le CST, avant d'être soumises au CA de la CNRACL.

Il pense que ces recommandations pourraient être articulées autour de deux questions. Est-ce que les conduites addictives en milieu professionnel représentent ou non un problème ? Est-ce le Fonds de prévention peut faire quelque chose ? Nadim FARES déclare qu'il semble important de reconnaître qu'au sein du CST, les avis sont divergents, et il

souhaite faire reculer l'idée que quelqu'un pourrait imposer a priori sa grille de lecture. Le CST doit pouvoir décider s'il souhaite avoir son propre point de vue sur la question. Peut-être est-il nécessaire qu'il continue à y réfléchir, et que d'autres informations et réflexions lui soient fournies. Deux réflexions consensuelles semblent toutefois déjà se dégager : il ne faut pas occulter la plainte au travail ; en matière de prévention, on n'est pas sur le domaine de la clinique individuelle.

Monsieur BECUWE rappelle que l'attente du CA est importante et qu'on ne peut sans doute pas se contenter de cette seule réunion qui, selon lui, ne permet pas de rédiger une note d'orientation satisfaisante.

Mademoiselle MAUPETIT rappelle toutefois la nécessité de produire un plan d'action. Monsieur MOREL insiste sur la réalisation de la première étape : cadrer la démarche de prévention que pourrait mettre en œuvre le Fonds de prévention.

D) Exposé du Colonel LEMBEYE (médecin chef de l'ENSOSP) sur le travail « Cohorte Charles PRIM, étude épidémiologique sur la mortalité des sapeurs-pompiers

Le projet est encore à l'étude. Il est soumis à l'avis du CST. Il sera présenté en commission d'engagement avant le prochain CA (juin).

Plusieurs remarques font suite à l'exposé. L'une porte sur les difficultés de réalisation de comparaisons avec les pays étrangers à cause de définitions générales de métiers très différentes. Une autre soulève le niveau d'homogénéité des pratiques nécessaire à l'établissement d'une comparaison des données, voire à la mesure de l'efficacité des mesures de prévention. Une troisième porte sur l'intérêt que représente une analyse des activités réelles et des formes d'organisation du travail, des modes de protection.

Monsieur SAVOYE souhaite que les représentants du personnel puissent participer très tôt à l'étude. Monsieur MOREL s'interroge sur l'utilisation de l'étude.

Monsieur BIELEC estime qu'elle sera utile pour la prévention.

Monsieur VERNEZ précise que l'étude épidémiologique est fort utile pour orienter une politique de prévention lié aux risques d'exposition.

Monsieur THIBAULT demande si des études qualitatives sont prévues pour cibler plus rapidement des mesures de prévention ?

Monsieur BRIXI souhaite savoir comment est définie la population-mère, et de quelle manière l'étude peut-elle approfondir les histoires de vie ? Il remarque que sans ce travail, il serait difficile de faire le lien rapide avec la prévention.

Fin du CST.

Résumé : la thématique des conduites addictives soulève des questions épistémologiques, politiques et pratiques complexes. De plus, elle apparaît comme un sujet « tabou » qui implique un grand nombre d'acteurs. Il serait opportun de créer un groupe de travail restreint permettant d'avancer sur la réflexion. Ce groupe aurait pour charge de faire un état des lieux exhaustif de la question. Il soumettrait ses conclusions au CST d'octobre afin que celui-ci émette un avis argumenté.

Références :

- ▶ Philippe ARBOUCH ; Alexis TRICLIN, Les tabous dans l'entreprise. Prévenir et gérer ces risques dont on ne parle jamais. Paris, Éditions d'organisation (Eyrolles), 349 pages,
- ▶ JEANNIN, Jean Paul, Gérer le risque alcool au travail, Lyon, édition Chronique sociale, Juin 2003, 388 pages,
- ▶ FONTAINE, Astrid Double vie. Les drogues et le travail, édition Empêcheurs de penser en rond, Paris, Février, 2006, 210 pages,
- ▶ DELATTRE, Fabien, Les pratiques addictives dans les collectivités territoriales, Voiron, Territorial Éditions, 2006, 90 pages

Notes

[1] Pour notre part, nous considérons que si cette distinction est essentielle pour circonscrire une intervention de ce type et garantir le respect de la personne, elle est contestable d'un point de vue théorique. Si l'on part du sujet au travail, apparaît difficile de distinguer nettement l'origine des investissements psychiques et des expressions sociales à l'œuvre dans la situation de travail ici et maintenant. Remarquons également la pression exercée par les milieux professionnels pour mobiliser des « savoir-être » qui relèvent de toute évidence de la sphère

privée, voire intime : les rubriques « divers » du CV, les sujets parfois abordés dans les entretiens de recrutement, d'évaluation, l'injonction pour le développement personnel, le coaching...)

[2] Là aussi, la gestion des ressources humaines en tant que dispositif d'actions cherche souvent à concilier un point de vue restrictif centrée sur la gestion administrative des postes, des carrières, des règlements... et un point de vue élargi aux problèmes de motivation, d'engagement, d'épanouissement de l'homme au travail. Les contenus des formations destinés aux futurs DRH illustre très bien cette ambivalence

[3] Commentaire : si l'on comprend bien la nécessité de cette distinction, il est toutefois difficile de penser que cette séparation va de soi, surtout pour la personne prise en charge. Cf. les définitions des domaine privé, public et social chez Hannah Arendt pour qui le social, c'est l'émergence du privé dans la sphère publique.