

FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES,
POLITIQUES ET DE COMMUNICATION

L'ambiguïté des assuétudes en milieu professionnel

Professeur : Stéphanie DEMOULIN

Paper 1 : Le processus de discrimination des travailleurs dépendants

Professeur : Bernard NYSEN

Paper 2 : Les dispositifs efficaces permettant de prévenir et limiter les assuétudes en milieu professionnel

Auteur : Charlotte DELFERRIERE

Année académique 2020-2021

Master en sciences du travail

Université catholique de Louvain

FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES, POLITIQUES ET DE COMMUNICATION

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

par Charlotte DELFERRIERE

Professeur : Stéphanie DEMOULIN

Paper 1 : Le processus de
discrimination des travailleurs
dépendants

Professeur : Bernard NYSSSEN

Paper 2 : Les dispositifs efficaces
permettant de limiter et prévenir les
assuétudes en milieu professionnel

Année académique 2020-2021

Déclaration sur l'honneur

En rendant ce travail, je déclare sur l'honneur que celui-ci respecte les normes de l'UCL en matière de plagiat. Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens. Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation (voir <http://www.uclouvain.be/plagiat>). En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES,
POLITIQUES ET DE COMMUNICATION

Le processus de discrimination des travailleurs dépendants

Auteur : Charlotte DELFERRIERE

Promoteur : Madame Stéphanie Demoulin

Année académique 2020-2021

Master en sciences du travail

Je tiens principalement à remercier ma promotrice Madame Stéphanie Demoulin pour ses précieux conseils et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je remercie également trois personnes formidables qui m'ont énormément aidée, Fabienne van der Elst, pour ses nombreuses relectures et son aide si précieuse ainsi que Marguerite Gribomont et Audrey Silvestri toutes deux neuropsychologues en milieu hospitalier. Je les remercie pour leurs conseils avisés et leurs encouragements.

Je tiens également à remercier mes amies, Anais Van Meerbeck et Louise Patesson, diplômées en Psychologie du travail pour leur aide et leur écoute ainsi que Mathilde Amela pour ses relectures.

Enfin, je remercie mes amis et ma famille pour m'avoir soutenue et encouragée au quotidien. Je les remercie pour leur patience et leur bienveillance.

Table des matières

Introduction	6
Chapitre I. Les assuétudes :.....	8
Qu'est-ce que c'est ?.....	8
L'abus.....	8
La dépendance.....	9
L'assuétude.....	10
Quand et comment commencent les assuétudes ?	11
Le rôle de la nature des substances.....	14
Chapitre II. Les assuétudes au travail.....	16
L'individu est la cause du problème	16
La relation entre le contexte du travail et l'employé est la cause du problème.....	17
Le travail en lui-même est le problème par son secteur d'activité et ses conditions de travail	18
Le problème est lié à la culture de travail	18
Chapitre III. Les réactions sociales	20
Le processus de discrimination	21
1. Étiqueter	21
2. Stéréotyper	26
3. Séparer	28
4. Discriminer	29
Chapitre IV. Impact de ce processus	31
Conclusion.....	33
Analyse personnelle – Discussion.....	35

Introduction

Ce travail concerne les assuétudes en milieu professionnel, et il a été décidé d'axer principalement la recherche sur le côté psychologique de l'intégration des travailleurs dépendants dans le milieu professionnel. Lorsqu'on parle de « travailleurs dépendants » nous entendons des personnes exerçant une activité professionnelle et consommant de manière régulière, tous types de substances à savoir drogues, alcool, médicaments, opiacés, etc.

Les deux premiers chapitres de ce mémoire aborderont la thématique des assuétudes d'une part, et de la dépendance en milieu professionnel, d'autre part. Ici, on part du postulat que les assuétudes, définies par une prise excessive de substances psychoactives, provoquent toute une série d'impacts néfastes sur l'individu et son environnement (Karila, 2008). Le travail y joue un rôle évident mais sous plusieurs formes (Fontaine, 2017). Par exemple, il peut être la source de la dépendance car il est trop exigeant, il peut être le lieu de la consommation, il peut refléter les impacts de consommations privées, etc.

Dans une troisième partie nous aborderons les stigmatisations et les discriminations que peuvent vivre les travailleurs dépendants à diverses substances. Ici, l'objectif est de voir comment les travailleurs dépendants sont perçus par leurs collègues, la direction ou d'autres parties prenantes. Autrement dit, **comment des travailleurs souffrant d'assuétudes sont-ils appréhendés au sein de leur activité professionnelle ?** Le terme 'appréhendé' englobe donc la façon dont ils sont vus, perçus et/ou traités au sein de l'entreprise. Cette partie est davantage axée sur le vécu des travailleurs dépendants. L'idée est de montrer comment les travailleurs dépendants seraient acceptés, stigmatisés, discriminés par leurs collègues, ou par la hiérarchie et de voir si ces derniers réalisent qu'ils sont victimes d'assuétudes. L'objectif de la recherche est de savoir d'où vient cette exclusion sociale et sa légitimité. On sait que des personnes présentant des caractéristiques qui diffèrent de ce qui a été établi au sein d'un groupe, sont stigmatisées et associées à des stéréotypes (Jones et al., 1997).

Et enfin, nous concluons en étudiant l'impact des stigmatisations et des discriminations sur les travailleurs dépendants. L'idée est donc de faire le lien entre ces deux postulats : les assuétudes

provoquent des impacts sur le travail (Karila, 2008) ; lorsque des impacts sont constatés sur le travail résultant d'un comportement sortant de la norme sociale (ici, les assuétudes), les personnes concernées par ces comportements sont stigmatisées. On va alors chercher à savoir comment ces différents postulats peuvent s'articuler entre eux. Les personnes présentant des assuétudes sur leur lieu de travail risquent-elles d'être stigmatisées voire discriminées ?

Il est important de noter que cet angle de recherche constitue une première approche en la matière. Une recherche exhaustive des dimensions de cette problématique ne pourra pas être atteinte dans ce travail.

Chapitre I. Les assuétudes :

Qu'est-ce que c'est ?

Selon le Dictionnaire de la psychiatrie des éditions du Conseil International de la Langue Française (CILF), l'Assuétude est une « Dépendance du toxicomane à l'égard de son toxique, se traduisant par le désir de répéter la consommation du produit ».

L'assuétude, ou l'addiction dans un jargon plus socialement utilisé, renvoie à un état d'une personne qui ne peut se passer de consommer des substances psychoactives (drogues, alcool, médicaments ...). L'addiction part d'un usage nocif de substance qui peut devenir une dépendance (Pedinielli, Rouan, Bertagne, 1997). Il convient ici de définir les différents termes utilisés.

L'abus

La définition de l'**abus** renvoie à l'utilisation inadéquate des substances provoquant des altérations sur l'organisme de l'individu et son fonctionnement. On peut parler d'abus lorsque l'on peut observer au moins un des points ci-dessous au cours d'une année.

- La consommation rend l'individu incapable d'assumer ses responsabilités. Il va rencontrer des difficultés pour effectuer correctement son travail ou ses tâches à la maison ou dans d'autres domaines. Ces difficultés au travail peuvent par exemple être une diminution de sa performance, de multiples absences des négligences et d'autres manquements.
- La consommation survient dans des circonstances dangereuses. Par exemple, si la personne doit conduire des véhicules, manipuler des machines. Sa santé et celle des autres sont alors engagées.
- La consommation provoque des problèmes judiciaires. L'individu peut par exemple être arrêté pour des comportements inappropriés.
- La consommation s'exerce dans des contextes sociaux déjà compliqués à cause de ces conduites addictives. En effet, on parlera d'abus quand un individu consomme alors que ses interactions sont déjà impactées par ces addictions. Par exemple, les problèmes d'addiction créent un contexte social très compliqué, propice aux disputes, bagarres etc.

Si l'individu continue de consommer malgré ce contexte délicat, on pourra alors parler d'addiction.

Selon Laurent Karila, psychiatre spécialisé dans l'addictologie et auteur du livre « Les Addictions » (Karila, 2008), il suffit qu'une de ces caractéristiques soit présente pour parler d'abus.

La dépendance

Au contraire, il faut au minimum trois des caractéristiques suivantes pour parler de **dépendance**. En effet, à l'inverse des abus qui étaient des usages *inadéquats*, ici les dépendances représentent des usages *inadaptés* (Karila, 2008). Selon la définition du dictionnaire Larousse, un usage inadéquat est un usage inapproprié voire incorrect, alors que l'adjectif inadapté est utilisé lorsque quelque chose ne peut s'adapter à son milieu, à la société.

- L'apparition d'une certaine tolérance. Il y a un besoin d'augmenter les quantités de produits afin d'atteindre la satisfaction recherchée.
- La présence d'un syndrome de sevrage lorsque la personne arrête de consommer
- L'incapacité de l'individu à diminuer ou contrôler sa consommation, et ce même s'il le souhaite profondément ou s'il essaie obstinément.
- Le temps consacré à l'usage de substance est considérable. Ce temps peut concerner la recherche de la substance, sa consommation ou la récupération qui s'en suit.
- Des aspects de la vie sociale et professionnelle sont soit mis de côté soit complètement abandonnés.
- La consommation se poursuit alors que l'individu sait qu'il souffre d'un problème physique ou psychologique causé par l'usage de substance. Par exemple, une personne continue de consommer alors qu'elle sait qu'elle souffre d'une dépression causée par cette consommation.

Dans la dépendance, le besoin de consommation est tel que la sensation de manque pousse la personne à répéter inlassablement les mêmes comportements de consommation pour combler cette nécessité. Les assuétudes entraînent de nombreux dangers tant psychiques que physiques. Cela impacte l'individu et l'enferme dans une logique de perte de contrôle. En plus de mettre sa propre santé en danger, la personne dépendante peut également représenter un réel danger

pour son environnement et les personnes qu'elle côtoie. Cette perte de contrôle conduit à la dépendance et est caractérisée par 3 facteurs : Une dépendance physiologique, une perte de contrôle et un dysfonctionnement social (Widiger, 1994).

La première caractéristique qui est la dépendance physiologique est le fait de voir des réactions de manque de la substance dans l'organisme. Le corps lui-même devient dépendant. Le corps a *besoin* de sa dose de substance pour pouvoir continuer à fonctionner. C'est pour cela qu'on voit apparaître par exemple des tremblements chez les personnes qui subissent le manque.

La deuxième caractéristique est la perte de contrôle. En effet, on peut dès lors parler d'addiction lorsqu'on perd la liberté de ses comportements. On ne sait plus contrôler ni résister à ses comportements addictifs. Cette caractéristique renvoie à un comportement involontaire de l'individu. Certains reconnaissent cet aspect involontaire et l'utilisent pour définir les addictions comme étant des maladies (Zinberg, 1974).

De plus, cette perte de contrôle est également évoquée dans la notion de « **Craving** ». Le craving est un concept très important et complexe dans le domaine des assuétudes. Il fait référence à cette envie irrésistible de consommer une substance. Il est vu comme la raison principale qui pousse une personne à un usage compulsif. Le craving entraîne de la détresse et du désarroi pour la personne qui en souffre (Auriacombe, Serre, Fatséas, 2016).

Enfin, la troisième caractéristique est le dysfonctionnement psychosocial. La vie sociale de l'individu est donc perturbée. Les comportements de dépendances ont tellement d'emprise sur l'individu qu'ils envahissent sa vie sociale. On le voit ici mais aussi dans les critères évoqués plus haut : Des aspects de la vie sociale et professionnelle sont soit mis de côté soit complètement abandonnés.

L'assuétude

On parle alors d'**assuétudes** lorsque ces 3 caractéristiques sont présentes mais également lorsqu'on peut faire référence au phénomène social de déviance (Briefer, 2002). Il est important de replacer les assuétudes dans le champ des déviances qui correspondent à une transgression des normes établies par la société. En effet, la société a établi que les addictions et les assuétudes sortaient de la norme sociale (Dumont, 1974). Lorsqu'on dépasse ces normes, on est alors considéré comme étant une personne déviante ayant des comportements socialement désapprouvés.

Cependant, il existe de nombreux facteurs socialement acceptés qui peuvent également venir modifier l'état de conscience de l'individu. En effet, la définition la plus basique de la drogue s'apparente à modifier son état de lucidité afin de vivre une expérience. De même, de nombreuses autres circonstances peuvent amener également à ce même état comme l'art, le sport ou la spiritualité. Ce qui définit certains cas de modification de l'état de conscience de quelqu'un, c'est l'interruption des normes sociales qui, combinée à la prise de substances, amène à rendre le monde extérieur incompréhensible. Cette confusion résulte du besoin compulsif d'assouvir un désir/besoin lorsque la drogue accapare la conscience de la personne (Ogien, 2017).

En 2013, une nouvelle édition du DSM-5 est éditée et apporte quelques modifications. Le principal changement est le regroupement des termes « abus » et « dépendance » sous l'appellation de « troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive ». Ainsi, les critères de ces notions respectives sont également regroupés en 4 catégories différentes :

- Réduction du contrôle sur la consommation d'une substance
- Altération du fonctionnement social
- Consommation risquée de la substance
- Critères de tolérance et de sevrage (pharmacologique)

Quand et comment commencent les assuétudes ?

Lorsqu'une personne consomme des substances de manière addictive, cette dépendance l'enferme dans cette routine et la détourne de la réalité. Cela l'écarte de toutes les autres activités qu'elle pourrait faire et l'éloigne de ce qui lui fait vraiment du bien. La personne en vient à consommer une majeure partie de son temps et à y penser lorsqu'elle n'est pas sous influence.

On pourrait alors dire que les addictions remplacent des moments de vie et par extension elles servent donc à combler des moments de vide ou d'ennui dans la vie de la personne. Les addictions suivent un schéma précis qui part d'un moment de faiblesse menant l'individu à consommer des substances.

Un cycle de la dépendance a d'ailleurs été établi par J. Amnon (2008). Celui-ci part d'un contexte de fragilité, ou d'anxiété ou d'une faible estime de soi, ce qui pousse l'individu à consommer des substances. La douleur disparaît temporairement, ce qui lui procure un sentiment de bien-être. Cependant, cet effet est vite contrecarré par le sentiment de culpabilité, un « down » qui va diminuer l'estime de l'individu. C'est là que le cycle de la dépendance pourrait être enrayé. Passé ce moment, l'individu retrouve son contexte de fragilité et d'anxiété qui le pousse de nouveau à consommer et ainsi de suite.

De plus, un paradoxe s'installe alors : la drogue constitue autant une source d'exclusion qu'un bon moyen de trouver un moment d'accalmie face à la difficulté d'adaptation dans la vie professionnelle, notamment (Fontaine, 2017).

Cette consommation organisée selon ce schéma ou selon certains contextes ne se construit pas toujours comme cela. Bien que l'environnement de la personne et ses facteurs psychosociaux jouent un rôle très important, la question de **l'aspect héréditaire** des assuétudes est alors évoquée (Gorwood, Le straat, Ramoz, 2008). Cet aspect fait énormément débat. La plupart des études utilisées dans ce mémoire mettent en avant les raisons qui poussent une personne à être *addict*. Le contexte social, les caractéristiques personnelles de chacun ou encore le lien que les individus entretiennent avec les substances, constituent des éléments qui permettraient de dire que les addictions ne sont pas héréditaires. « *Ne devient pas addict/dépendant/toxicomane qui veut, certaines conditions psychosociales contribuent à créer et à maintenir l'addiction* » (Amnon, 2008, P. 70). Les comportements concernant les addictions peuvent donc être très variables en fonction des moments de la vie de l'individu et des épreuves que celui-ci traverse. Certaines personnes peuvent ne consommer aucune substance pendant une grande partie de leur vie et puis développer des problèmes d'addiction car elles traversent des moments particulièrement stressants durant lesquels elles sont donc plus fragiles. Ces moments difficiles peuvent tout autant concerner la vie privée que la vie professionnelle et avoir, dès lors, un impact sur l'autre aspect de vie.

Outre ces facteurs environnementaux, qui contribuent à rendre un individu plus vulnérable face à des consommations abusives, l'aspect génétique joue également ce rôle. L'aspect héréditaire des assuétudes a souvent été mis de côté car il était vu comme secondaire, voire en contradiction, par rapport aux facteurs psychosociaux. Ce sont d'autres 'pathologies' qui ont permis de remettre cette question en cause et de s'y intéresser davantage. L'obésité ou l'hypertension, par exemple, sont toutes deux influencées par des facteurs de l'environnement de l'individu, certes, mais l'influence de facteurs génétiques est également présente.

Le même principe est appliqué aux assuétudes, « l'héritabilité » influence la vulnérabilité d'un individu par rapport aux addictions. Par exemple, l'héritabilité de la dépendance d'une personne aux stimulants est estimée à 70% et l'héritabilité de celle à l'alcool et au tabac est estimée à 60%. Cette influence des facteurs génétiques est exercée de manière indirecte sur l'individu. Effectivement, il est peu probable qu'il existe des gènes 'pour' les addictions mais cette héritabilité va donc intervenir pour certaines caractéristiques comme l'âge de début des addictions, une tolérance aux substances plus forte que chez d'autres etc.

Si l'on a autant de mal à déterminer quel facteur entre les facteurs psychosociaux et les facteurs héréditaires, impacte le plus la vulnérabilité d'une personne aux addictions, c'est peut-être qu'il faut les considérer comme complémentaires. En effet, on parle alors d'une interaction entre l'environnement et l'héritabilité qui pourrait mener l'individu aux addictions (Gorwood, Le straat, Ramoz, 2008). Si les addictions ne sont pas une fatalité c'est qu'elles résultent bien souvent d'une dérive d'un comportement de la personne. En effet, la personne devient dépendante lorsqu'elle perd le contrôle de sa consommation(Widiger, 1994).

A cette question de l'impact de l'environnement ou de la génétique, s'ajoute la question de la reconnaissance des assuétudes en tant que **maladie**. Afin d'associer les dépendances et la maladie, on part des quatre dimensions établies par Jellinek (1960). Ces dimensions sont certaines caractéristiques de prédisposition, la dimension progressive qu'a la maladie, la perte de contrôle et l'abstinence. Nous venons d'aborder la dimension des prédispositions avec l'aspect héréditaire des addictions. Cette héritabilité est discutée et nécessiterait d'être combinée avec des facteurs environnementaux et psychosociaux de l'individu. Ensuite, l'aspect progressif des dépendances fait également débat. D'un côté, l'aspect progressif passe par des étapes clairement identifiables et notamment par l'augmentation continue des quantités de substances nécessaires pour arriver à la même satisfaction. D'un autre côté, certains chercheurs (Peele, 2004 ; Castellani, 2000) ont établi que l'utilisation de substance était une activité de *réaction*, une stratégie pour essayer de retrouver un certain équilibre face à une situation stressante de la vie. En ce qui concerne la perte de contrôle, cette notion est également controversée. Bien que cette notion représente un point essentiel dans la définition des dépendances, certains résultats scientifiques (Peele, 2004 ; Sobell, 2002a ; Hodgins et al., 2002) ont montré que certains individus pouvaient réduire l'intensité ou la fréquence de leurs consommations. Enfin, l'abstinence n'a pas le même effet lorsqu'elle est désirée par l'individu ou si elle lui est imposée.

Chacun de ces facteurs est discuté, cependant l'accent est davantage mis sur la pathologisation des addictions en mettant de côté les facteurs psychosociaux ou ceux liés au contexte.

De plus, la médicalisation des dépendances est fortement présente parce qu'elle repose sur 3 niveaux : conceptuel, institutionnel et interactionnel. Dans le premier niveau, les dépendances peuvent être vues comme des maladies à travers les discours et la philosophie des services qui proposent de l'aide. Ces discours vont engendrer une forme d'acceptation sociale. Par exemple, dans des espaces de soutien anonymes, l'accent est mis sur cette acceptation sociale. On va reconnaître que les addictions sont une maladie pour aider à se déculpabiliser (Peele, Bufe & Brodsky, 2000 ; Ragge, 1997). Le niveau institutionnel passe notamment par l'intervention de médecins afin de confirmer que des problèmes de dépendance d'un individu constituent bien une maladie (Polomeni, Bry & Célérier, 2005). Enfin, le niveau interactionnel renvoie à la médicalisation du rapport médecin-patient (Pedielli & Rouan, S.d).

Ceci participe à la reconnaissance des addictions comme étant une maladie alors que d'autres études montrent que pour qu'un problème soit reconnu comme étant une maladie il faut une réaction précise, un schéma de symptômes qui en découlent. Or ici, les personnes dépendantes réagissent toutes de manières différentes. Chacun vit ses addictions différemment (Amnon, 2008).

Le rôle de la nature des substances :

Comme dit précédemment, la consommation de substances est dangereuse pour la santé de l'individu ainsi que son environnement. Ce n'est pas tant la nature de la substance qui crée la dangerosité de cette consommation mais bien comment elle est consommée. Les facteurs qui sont pris en compte pour déterminer la dangerosité d'une consommation sont donc la quantité, la façon de consommer ainsi que la combinaison potentielle avec d'autres substances.

Afin de qualifier l'usage des termes « addiction » et « assuétude » et leur dangerosité ce n'est ni dans le type de produit consommé, ni dans les règles établies par le milieu professionnel ni dans les statuts professionnels des personnes que se trouvent des éléments de réponse mais bien dans la combinaison des trois. Il faut en effet, regarder plus largement c'est-à-dire observer la combinaison entre la personne, les produits qu'elle consomme et les activités qu'elle pratique (Lutz, 2015).

Il a donc été décidé de regrouper les substances telles que drogues, alcool, médicaments, substances psychoactives sous le terme assuétudes en général. Le but étant de parler des diverses substances vues assez négativement par la société lorsque leur consommation est excessive. C'est cette excessivité qui provoque des impacts néfastes, tant sur la santé de l'individu que sur son travail.

Chapitre II. Les assuétudes au travail

Les assuétudes, aussi vastes et complexes soient-elles, font intervenir de nombreuses dimensions dont trois plus couramment. Ces trois dernières sont des approches biologiques, psychologiques et sociales, qui forment l'approche biopsychosociale. Ces trois angles forment un modèle « triangle-personne-produit » qu'un médecin français, le Dr. Olivenstein (Olivenstein, 2011), a défini pour parler des addictions. Pour lui, l'addiction représente la rencontre entre un comportement, une personne et un moment socioculturel, aussi appelé contexte (Fig. 1). Ce contexte peut prendre de nombreuses formes et représenter de nombreux environnements mais dans ce présent mémoire, c'est au contexte professionnel que nous allons nous intéresser. Le travail interviendrait donc dans cette modélisation comme étant le contexte dans lequel un individu aurait un comportement de consommation de substance. Ce type de modèle montre le rôle très important du contexte, qui peut être le travail, dans la problématique des addictions. C'est donc là que la dimension du travail intervient et devient importante.

Certains chercheurs (Fontaine, 2017) ont tenté d'étudier le phénomène des travailleurs dépendants en identifiant 4 types de problématiques :

L'individu est la cause du problème :

De nombreux facteurs individuels peuvent mener un individu à développer des addictions. Ils peuvent être de natures différentes, par exemple, des facteurs génétiques comme déjà abordés avec l'héritabilité des addictions ainsi que les facteurs neurobiologiques, psychologiques, psychiatriques ou liés à des événements de vie.

Bien souvent, le recours à des substances addictives représente un moyen pour soulager un problème ou encore accéder à une sensation d'épanouissement total. Dès lors, l'individu peut utiliser les substances soit, en « automédication » c'est-à-dire une fonction psychique pour combler un vide, pour soulager une souffrance ou diminuer une angoisse, une tristesse, ... Soit, en recherche de sens, c'est-à-dire une recherche de plaisir, par curiosité, pour trouver une nouvelle sensation ou encore pour rejoindre une autre réalité. Autrement dit, dans le premier cas, l'individu va utiliser les substances comme 'solution' pour calmer une

sensation désagréable, un mal-être alors que dans le deuxième cas, il va utiliser les substances pour ressentir des sensations nouvelles. Cette recherche de sensations a été reconnue par Zuckerman dans les années 60 comme étant liée à des traits de la personnalité des individus. En effet, ils recherchent une prise de risque, un changement, une imprévisibilité (Carton, 2005). Ceci peut être expliqué par un décalage du seuil d'excitation. Ces personnes sont donc moins sensibles à des stimuli faibles pour arriver une satisfaction suffisante, recherchée. Ils vont avoir besoin d'un stimulus très intense pour déclencher les effets recherchés.

De plus, la personne oscille continuellement entre le fait de consommer pour rechercher une sensation extrême et le fait de s'insérer dans une routine de consommation, avec des comportements répétables et des sensations prévisibles. C'est là que se trouve le paradoxe de l'individu dépendant (Rozaire, Guillou Landreat, Bronnec, Rocher & Vénisse, 2009).

La relation entre le contexte du travail et l'employé est la cause du problème :

Pour certains chercheurs, un des intérêts à prendre des substances est le besoin de se construire une identité sociale et personnelle en dehors de son travail. En effet, le travail devient de plus en plus prenant et demande un réel don de soi. L'employeur exige de plus en plus de performance de la part de ses travailleurs, c'est pourquoi certains d'entre eux commencent à consommer des substances pour tenir le rythme.

Un autre chercheur (Briefer, 2002), a établi des « fonctions professionnelles de l'usage de substances psychoactives » provoquant des assuétudes. Ces fonctions permettent de tenter de comprendre comment des situations de travail peuvent influencer les travailleurs. Elles au nombre de 4 :

- Endormir les effets néfastes liés au travail afin que la personne puisse continuer son travail (calmer la peur, endormir les douleurs ...),
- Stimuler afin que la personne reste éveillée, active et optimale dans son travail,
- Récupérer afin que la personne puisse se reposer et reprendre des forces
- Entretenir des liens professionnels (moment de convivialité, reconnaissance par le groupe professionnel ...).

Un **paradoxe** est donc observable : les assuétudes résultent de l'usage abusif de substances psychoactives qui jouent un rôle ambivalent. D'un côté, elles permettent à l'individu de « tenir le coup » (Barras, 2016) mais d'un autre, elles ont des impacts néfastes sur la santé, le bien-être, les relations et la qualité du travail de la personne (Pedinelli & Rouan, 1997).

Le travail en lui-même est le problème par son secteur d'activité et ses conditions de travail :

Certains domaines d'activités peuvent parfois créer ou encourager des conduites addictives (Medina et al., 2013). Prenons l'exemple du secteur hospitalier, plus particulièrement, des services manipulant des produits anesthésiques ou autres. Un risque de détournement de substances a été établi, mais il est difficilement quantifiable (Kintz, Villain, Cirimele & Ludes, 2002).

Le problème est lié à la culture de travail :

Dans certains cas, l'usage de substances joue une fonction relationnelle c'est-à-dire l'influence de l'entourage qui pousse à la consommation. On parle alors d'une intégration sociale en milieu professionnel. Les substances peuvent jouer un rôle de médiateur relationnel qui permet de contrecarrer un certain isolement de la personne (Briefer, 2002).

L'addiction définie notamment par la combinaison entre comportement, individu et contexte de travail, peut varier en fonction du rôle de ce dernier, le travail. En effet, le travail intervient de deux façons différentes : il peut soit être le lieu où les addictions se vivent, soit être impacté par les problèmes de consommation excessive dans la sphère privée (Kavciyan, 2018). Dans ce mémoire, nous nous concentrons sur le deuxième cas.

En effet, les addictions impactent le travail en termes de baisse de performance ou d'augmentation d'absentéisme notamment. De plus, certaines maladies professionnelles et

accidents de travail peuvent également découler de problèmes d'assuétudes, jusqu'à mener, dans certains cas à des arrêts de travail (Lutz, 2015).

Chapitre III. Les réactions sociales :

Les différents impacts sur le travail qui résultent des problèmes d'assuétudes vont conférer aux individus un statut différent. En effet, les autres personnes qui les côtoient au travail vont alors reconnaître lesdits comportements et les associer à des pratiques problématiques. Ils vont acter ensemble que ce genre de comportements s'apparentent aux personnes ayant des problèmes d'assuétudes. Ils vont mettre une étiquette sur toutes celles qui présentent ces caractéristiques (comportements désinhibés et inappropriés, conséquences négatives sur la qualité du travail,...). Une fois que cette étiquette sera mise, de nombreux stéréotypes vont venir s'y greffer. Tous les stéréotypes qui concernent les personnes dites « droguées » existant dans l'imaginaire collectif vont venir s'additionner et accabler les personnes. Dans l'imaginaire collectif, la personne addict est souvent vue comme isolée (Fontaine, 2017). Ces qualificatifs vont venir participer à sa mise à l'écart. En effet, lorsqu'on reconnaît qu'un individu a une caractéristique que le groupe n'a pas, que l'on appelle « stigmaté », et à laquelle viennent se greffer des stéréotypes, celui-ci va être mis à l'écart (Lacaze, 2008).

Ces 3 étapes (mettre une étiquette sur une personne porteuse d'un stigmaté, la stéréotyper et la séparer du groupe) forment le processus de **stigmatisation** (Lacaze, 2008 ; Psychom, 2021), détaillé au point suivant. Cette stigmatisation est bien souvent involontaire et automatique. Les gens n'ont pas conscience qu'ils stigmatisent et ce processus découle des représentations sociales propres à chacun. Ces représentations se forgent avec l'éducation, le milieu dans lequel on évolue, le vécu de chacun ainsi que les valeurs personnelles. À ce processus de stigmatisation peut alors s'ajouter la **discrimination**. Cette discrimination, quant à elle, est caractérisée par une action, un comportement à l'encontre de la personne stigmatisée (Whitley & Kite, 2013). Cette discrimination est décrite comme étant :

« Un processus partant d'une catégorisation et qui, sous certaines conditions, donne lieu à des stéréotypes, formes de croyances réductrices de la réalité, elles-mêmes susceptibles de développer des affects sous la forme de préjugés pouvant alors conduire à la discrimination qui se traduit par une action, un comportement de rejet et de différenciation » (Tisserant & Bourguignon, 2009).

Le processus de discrimination :

« Je suis très actif, je suis bardé de diplômes, je suis chercheur à la Sorbonne et consultant pour de grandes entreprises. Je n'ai pas de piercing, je n'ai pas les cheveux rasés, je suis chauve, ça n'a rien à voir. Je ne corresponds pas à l'image, bien agréable, de la victime de la drogue. Il est difficile de m'attribuer les stigmates habituels du pauvre drogué désinséré, victime de ceci, victime de cela », Victor, 28 ans. Chercheur et consultant, célibataire (Fontaine, 2017).

1. Étiqueter :

Tout d'abord, le point de départ de la stigmatisation est l'identification d'un stigmaté social. Il s'agit là d'un marqueur que portent des personnes qui sont stigmatisées. Elles diffèrent donc du groupe dit privilégié ou dominant. Ce groupe est appelé comme tel car il dispose d'un statut qui est considéré comme normal et qui suit la norme sociale établie. Ce groupe n'est donc pas celui qui est stigmatisé. Seront stigmatisées toutes les personnes qui ne possèdent pas ce statut de privilégiés (Whitley & Kite, 2013). Le stigmaté définit la caractéristique ou l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie sociale dans laquelle on voudrait le mettre (Bonnet, 2008). Les personnes porteuses de celui-ci, parfois appelées « les marquées », sont stigmatisées car les attributs qu'elles possèdent sont considérés négativement par le groupe dominant et c'est ce qui les exclut du groupe. L'étymologie du terme stigmaté désigne une marque imposée aux esclaves ou encore une marque de déshonneur (Peretti-Watel, 2010).

Il existe des stigmates douloureux ou bénins qui peuvent être qualifiés par 5 dimensions : La durée, la dissimulation, les qualités esthétiques, l'origine et les risques (Whitley & Kite, 2013). Voyons si les assuétudes sont un stigmaté douloureux ou bénin.

- a) La durée : la durée est un des facteurs clés pour déterminer si les assuétudes sont associées à des stigmates douloureux ou non. Si le stigmaté est permanent, ou sur une longue période alors il sera dit douloureux. En revanche, si le stigmaté est présent à court terme il sera bénin car lorsque le stigmaté aura disparu, la personne ne sera plus différente du groupe dominant. Dès lors, elle ne sera plus stigmatisée. Ici, les problèmes d'addiction sont associés à une certaine durabilité. Il est très compliqué pour une personne ayant des dépendances de parvenir à maîtriser ses consommations. Le seul moyen pour elle de contrôler ses assuétudes sera alors l'abstinence totale (Amnon,

2008). Si la personne ayant des assuétudes arrive à devenir totalement abstinente, le stigmaté qui lui est associé sera alors bénin. On parle donc ici d'un facteur dit instable. En effet, il existe des stigmates stables, autrement dit durables, pour la plupart basés sur le physique ou des problèmes de santé irréversibles. Ainsi que des stigmates instables, qui peuvent apparaître ou disparaître au cours de la vie de l'individu. Il s'agit là par exemple de stigmates comportementaux dont les addictions font partie (Weiner, Perry et Magnusson, 1988).

- b) La dissimulation : Certaines personnes arrivent à dissimuler leurs stigmates lorsque cela est possible. Pour dissimuler les stigmates, les personnes peuvent mentir ou cacher certaines marques visibles avec des artifices. Cependant, cacher un stigmaté qui représente une partie de soi peut entraîner des conséquences psychologiques sur l'individu par exemple la honte et la culpabilité de devoir mentir sur son identité pour ne pas être mal vu (Jones et al., 1984). Cela entraîne également des conséquences cognitives car mentir est un exploit cognitif parce que le mensonge demande beaucoup d'intelligence et d'énergie (Lenclud, 2011).

Pour le cas des assuétudes, de prime abord, ce stigmaté semblerait dissimulable. Il n'y a rien qui ne soit visible physiquement ou que l'individu ne saurait camoufler. Certes, la prise excessive de substance peut avoir des effets physiologiques sur l'organisme. Elle pourrait par exemple, provoquer des problèmes de peau, d'odeur... Cependant, ces désagréments peuvent être camouflés par divers cosmétiques (maquillage, parfum...). Si l'individu n'en parle pas ce n'est pas chose aisée de le détecter (Franchimont, Nikkels & Pierard, 2019).

Néanmoins, les comportements et les impacts qui résultent des assuétudes sont moins facilement dissimulables. En effet, on sait que de nombreux impacts découlent des assuétudes comme une incapacité à effectuer correctement son travail, des comportements désinhibés et incohérents, des absences répétées et bien d'autres (Karila, 2008). Ce sont ces comportements qui sont difficiles à dissimuler car le travailleur dépendant n'en a plus aucun contrôle. Il ne sait rien y faire et parfois il n'en a même pas conscience donc ne pourrait même pas tenter de les dissimuler.

En effet, il arrive qu'une personne occulte ses problèmes d'addiction, elle n'a alors pas conscience non plus des comportements incohérents qui en découlent et des

impacts que cela produit sur son travail. On appelle cela le **déni**. Le déni est plus courant qu'on ne le croit et se définit comme un phénomène de refus de prendre en compte une part de la réalité ou encore un refus d'admettre, de reconnaître quelque chose comme étant vrai ou comme étant de sa responsabilité. Selon une définition de psychiatrie, le déni serait également «un phénomène de refus de prendre en compte une part de la réalité externe inacceptable » (Bardou, Vacheron-Trystram & Cheref, 2006).

Le déni est très complexe et se présente sous différentes formes chez chaque personne qui en souffre. C'est pourquoi sa définition ne fait pas l'unanimité chez les professionnels. Certains vont même jusqu'à penser qu'il s'agit d'un concept inventé par les professionnels de la santé au vu de leur impuissance à aider la personne. Or, le phénomène de déni est bien souvent observé, dans certaines formes d'addiction, comme un mécanisme de défense et de dissimulation de son problème (Menecier, Rotheval, Plattier, et al., 2016).

Ce terme de déni est nuancé par le terme de « **dénégation** » qui semble être davantage utilisé et préféré par les professionnels de l'addictologie, l'étude des addictions (Clavreul, 1987 ; Malka, 1983). La grande différence entre ces deux termes est que le déni renvoie à une croyance ancrée chez la personne addict qui est persuadée de n'avoir aucun problème. C'est le cas typique d'une personne qui est convaincue qu'elle n'a aucun problème d'addiction. Elle n'aura alors également pas conscience des impacts que cela crée sur son entourage ou son travail.

Alors que la dénégation se rapproche du fait de nier son problème. La personne dépendante va alors être consciente qu'elle a des problèmes de consommation, cependant par pudeur, par honte, culpabilité ou refus de changer va les cacher (Craplet, 2003). Elle va garder le silence et nier sans vraiment y croire (Perea, 2002).

Ici, on dira donc que la situation de dénégation dans laquelle un individu se trouve sera plus propice à la dissimulation de son stigmatisme que s'il était dans une forme de profond déni. En cas de dénégation, il aura conscience de son problème et des impacts visibles que celui-ci peut causer sur son travail, il pourra donc mettre tout en œuvre pour les dissimuler au mieux, nier et mentir, sans vraiment y croire lui-même. Mais s'il est en déni, il sera persuadé que tout est normal chez lui et ne verra même pas les impacts néfastes (Lacaze, 2008).

- c) *Les qualités esthétiques* : le stigmatisme peut également porter sur une exagération d'un défaut physique. Il a été reconnu que les personnes qui sont physiquement moins attirantes se font plus généralement stigmatiser que les personnes reconnues comme attirantes (Eagly, Ashmore, Makhijani & Longo, 1991). Les campagnes de prévention se servent bien souvent de cette dimension du stigmatisme pour tenter de décourager les conduites addictives. L'exemple le plus frappant est celui du tabagisme. Les campagnes de sensibilisation vont associer des caractéristiques physiques difformes, mutilées ou dégradées à des conduites malsaines. L'idée est donc de dissuader de consommer par « l'appel à la peur » (Blondé & Girandola, 2016).

Les addictions à certaines substances peuvent engendrer des répercussions sur la peau. Prenons l'exemple très marquant des réactions cutanées dues à l'addiction à l'alcool notamment. Les personnes qui consomment de manière abusive de l'alcool peuvent avoir de l'acné rosacée sur les joues principalement (Fig 2). Cela se manifeste en plaques rougeâtres accompagnées de boutons (Franchimont, Nikkels & Pierard, 2019).

- d) *L'origine* : On va alors chercher à savoir comment le stigmatisme est apparu chez l'individu. Si la personne avait le contrôle sur l'origine de celui-ci, alors il sera vu comme contrôlable car l'individu avait le choix. Lorsque le stigmatisme résulte d'un choix personnel de l'individu, les autres personnes vont alors le stigmatiser davantage. Cette stigmatisation va avoir tendance à être plus acceptée que si l'origine du stigmatisme n'était pas du tout un choix de l'individu. Un stigmatisme sur lequel on n'a eu aucun contrôle, que l'on n'a pas choisi, par exemple notre couleur de peau (Jones et al., 1984), fait ressentir davantage de pitié chez les personnes appartenant au groupe dominant. La stigmatisation d'une personne présentant un stigmatisme contrôlable est donc plus acceptée que celle qui concerne une personne qui n'a eu aucun contrôle ni choix sur l'apparition de celui-ci (Dijker & Koomen, 2003 ; Weiner et al., 1988).

En l'occurrence, les assuétudes peuvent être vues comme un stigmatisme contrôlable à son origine car l'individu a « posé le choix » de consommer la première fois. Or, on constate, à travers ce travail, que bien d'autres facteurs entrent en jeu. L'individu perd totalement le contrôle de sa consommation comme le décrit bien la définition des assuétudes à travers cette idée de « besoin/ envie irrésistible ». De plus,

à travers le modèle triangle personne-contexte-produit précédemment explicité, on peut constater que l'individu n'a pas entièrement le contrôle sur sa consommation. Ce qui est également mis en évidence dans la question de l'héritabilité des dépendances. Les facteurs héréditaires, combinés aux facteurs environnementaux et psychosociaux influencent l'individu qui n'a donc pas le contrôle total sur ses comportements.

- e) *Le risque* : Lorsque certaines personnes sont perçues comme dangereuses, elles risquent de se faire davantage stigmatiser. Que ce soit fondé ou non, certaines personnes stigmatisées sont associées, par stéréotypes, à de la dangerosité, à des comportements dangereux ou risqués. En effet, l'intervention de stéréotypes ici est très importante car c'est l'association subjective d'attributs de danger à des groupes de personnes portant le même stigmat. On développe une image péjorative de ce groupe, le considérant comme une source de danger potentiel.

La consommation abusive de substance perturbe momentanément les aptitudes cognitives et les émotions de la personne. Elle n'a alors plus toutes ses facultés de réflexion et de perception de la norme. C'est là que la probabilité d'avoir des comportements agressifs augmente (Bègue, 2016). De plus, comme nous l'avons vu, un des impacts des addictions est l'apparition de comportements désinhibés. Cette désinhibition masque les dangers, la personne désinhibée n'a alors pas conscience des risques qu'elle prend et de la dangerosité de ses actions, comme, par exemple, faire fonctionner une machine sans prendre les précautions nécessaires. Les personnes dépendantes prennent alors des risques pour elles-mêmes et pour les autres (Karila, 2008).

Globalement, les assuétudes sont vues comme étant un stigmat assez douloureux car

- Il a une certaine durabilité dans le temps,
- Il est combiné à une instabilité qui peut le faire apparaître et disparaître au cours de la vie,
- Les comportements inévitables qui résultent de problèmes d'addiction sont difficilement dissimulables,
- L'origine du stigmat est perçue comme provenant d'un comportement de l'individu sur lequel il avait un contrôle au départ,
- Il est perçu comme représentant un risque pour l'individu et pour les autres.

2. Stéréotyper :

Après avoir passé en revue ce qui distingue les individus stigmatisés du groupe dominant, intéressons-nous aux stéréotypes qui y sont associés et qui participent à leur stigmatisation. Les stéréotypes sont par définition, des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité mais souvent aussi des comportements, d'un groupe de personnes (Leyens & Yzerbyt, 1996).

Les stéréotypes peuvent être trompeurs car ils modifient la façon que l'on a de voir un groupe. Ils diffèrent des préjugés qui, eux, font référence à ce que va ressentir une personne lorsqu'elle pense à une autre appartenant à un groupe différent. Autrement dit, comment elle va évaluer les individus d'un autre groupe. Par définition les stéréotypes sont des « *croyances et des opinions concernant les caractéristiques, les attributs et les comportements des membres de divers groupes* » (Hilton & von Hippel, 1996). Les stéréotypes sont naturels et automatiques et partent d'une série de croyances, positives ou négatives, partagées par tout un groupe. Ces croyances ont été adoptées par l'entière de celui-ci et forment un consensus. Tout le groupe partage ces mêmes croyances. Ensuite, chacun les adapte en fonction de son propre vécu, son éducation, ses contacts sociaux, les médias qu'il regarde etc. (Jones et al., 1997). Les stéréotypes peuvent décrire les caractéristiques attribuées aux personnes qui font partie de ce groupe, on parle alors de stéréotype descriptif (Whitley, Kite, 2013).

Un élément très important dans les stéréotypes, qui permet notamment de nuancer le stéréotypage des personnes ayant des assuétudes, est qu'ils ne sont pas toujours tout à fait justes ou appropriés. Effectivement, lorsqu'on stéréotypise, on généralise des défauts à partir d'une caractéristique. Bien que cette généralisation, peut être vraie pour le groupe en général, certaines personnes peuvent échapper à la règle. Autrement dit, le stéréotype qu'on attribue à tout un groupe de personnes présentant les mêmes caractéristiques peut être vrai pour la majorité des gens mais inexact pour d'autres, voire tout le groupe. Avant de prendre l'exemple des assuétudes, prenons un cas de la vie de tous les jours. Par exemple, les hommes sont généralement plus grands que les femmes, donc la probabilité qu'un homme pris au hasard soit plus grand qu'une femme, est plus grande que l'inverse. Cependant, ce n'est pas toujours le cas, certaines femmes sont plus grandes que certains hommes. Le stéréotype peut donc être vrai pour la majorité des cas (les hommes sont généralement reconnus comme étant plus grands que les femmes), mais faux pour certaines personnes de ce groupe ou tout le groupe (certaines femmes sont plus grandes que certains hommes).

Il en est de même pour les personnes présentant des assuétudes. Imaginons cet exemple assez réducteur pour bien comprendre. Certaines personnes dépendantes ont des comportements violents. En stéréotypant, on va donc généraliser ce défaut et étendre ce caractère de violence au groupe de personnes dépendantes. Autrement dit, on va considérer que toutes les personnes qui présentent des problèmes d'addictions sont violentes.

On sait que les personnes ayant des assuétudes sont stéréotypées assez négativement. Il y a donc une peur d'être assimilé à de tels comportements. La frontière entre la consommation « normale » et le fait de tomber dans la dépendance, caractérisée par des comportements stigmatisants et faisant l'objet de stéréotypes et de préjugés, devient alors assez fine et dangereuse. Ce danger vient de la peur d'être associé au groupe stigmatisé des personnes dépendantes. Cette peur d'être stéréotypé comme ayant des problèmes d'addiction alors qu'on n'en a pas, provoque des conséquences sur le comportement. Il peut être altéré alors qu'aucun acte de stigmatisation ou de discrimination n'a été posé à son égard (Whitley & Kite, 2013).

Il y a donc de nombreuses représentations des personnes dépendantes, dans toutes les époques et les strates de la société. La personne dépendante est souvent vue comme une personne marginale, déambulant sans but simplement guidée par son besoin de consommation. Dans l'imaginaire collectif il est difficile de concevoir que les personnes ayant des assuétudes peuvent avoir un emploi à responsabilité. Selon cette représentation, la personne addict est dans une situation très précaire avec comme seul objectif d'assouvir son besoin de consommer. Cette personne est vue comme passive, faible et irresponsable. Cela constitue le « stéréotype social du drogué » décrit ci-dessous (Briefer, 2002).

Premièrement, cette passivité perçue risque d'enfermer l'individu dans un isolement social car la personne va être perçue comme s'enfermant dans son malheur, se cachant et s'éloignant des autres, généralement par honte. Deuxièmement, la personne dépendante est jugée comme irresponsable. Cela viendrait de la perception de ses comportements comme étant désinhibés qui la pousserait à agir impulsivement toujours en quête d'assouvir ses besoins de consommation. Etant donné qu'elle va être perçue comme agissant pour contenter ses envies irrépressibles liées à ses assuétudes, elle n'est pas reconnue comme étant digne de confiance. Enfin, elle est considérée comme étant une personne faible. Cela renvoie à l'idée que cette dernière ne fait rien pour s'en sortir.

Cependant, cette représentation ne correspond pas à la majorité des cas. Il est vrai que de nombreuses personnes, y compris dans le milieu professionnel, ont des problèmes d'addiction. Toutes les personnes de l'échelle professionnelle, allant du simple employé au chef d'entreprise, peuvent avoir le profil type de personne dépendante. Les travailleurs ne sont pas souvent associés à l'image d'une personne ayant des addictions car ils sont considérés comme bien intégrés dans la société et dans leurs activités professionnelles respectives. Ils endossent des responsabilités et des tâches exigeantes alors que, en cachette, ils peuvent consommer de manière régulière des substances psychoactives. Il est compliqué pour certaines personnes de concevoir qu'il est possible de mener un travail consciencieux sans qu'il ne soit détérioré par les dégâts que peuvent faire les substances tels que le manque de responsabilité, la méfiance et l'exclusion sociale (Ogien, 2017).

3. Séparer :

Enfin, Après avoir mis une étiquette sur les personnes présentant des assuétudes ; Après les avoir stéréotypées en généralisant le défaut à partir de certaines caractéristiques ; la dernière étape du processus de stigmatisation est le fait de séparer ces personnes du groupe dominant. C'est reconnaître que ces personnes sont différentes du groupe et les mettre de côté. Elles vont alors être exclues socialement (Lacaze, 2008).

Les gens craignent également d'être stéréotypés, alors ils vont accentuer les différences entre la personne et eux par le biais de la stigmatisation (Lucchini, 1985). Pour se rassurer les gens vont acter qu'elle diffère du groupe et vont la mettre à distance (Briefer, 2002). Cela va alors construire l'identité sociale déviante de la personne stigmatisée. La personne qui présente des addictions va alors intérioriser les différentes images qui lui sont attribuées. Ces images vont l'éloigner progressivement des personnes qui ne consomment pas (Lemert, 1967).

Cette séparation du groupe va avoir un sérieux impact sur l'intégration relationnelle de l'individu. Cette intégration relationnelle fait référence à la place qu'occupe la personne vis-à-vis du groupe auquel elle appartenait et donc, par extension, à son nouveau groupe des personnes consommant des substances. En effet, c'est un mécanisme naturel de vouloir appartenir à un groupe, l'être humain est un être social. En étant exclu du groupe des non-consommateurs, l'individu peut alors s'identifier et intégrer le groupe des consommateurs. Cependant, cela représente un risque : Le mécanisme de sentiment d'appartenance pousse les membres à adopter les mêmes comportements que les autres adhérents. Les personnes sont donc

davantage incitées à consommer ou, du moins, confortées dans leurs logiques de consommation (Briefer, 2002).

Il est à noter que les potentielles stigmatisations vont être différentes si les comportements problématiques sont considérés comme résultant d'une maladie ou comme une faiblesse de leur part. Comme dit précédemment, le débat autour de la reconnaissance des assuétudes comme étant une maladie est encore présent. Certains reconnaissent les assuétudes comme une maladie d'autres non. En reconnaissant que les addictions sont des maladies qui provoquent des pertes de contrôle, les personnes ayant des assuétudes peuvent se déculpabiliser. Dans la plupart des organismes d'aide anonymes, la personne dépendante est déresponsabilisée dans ses gestes addictifs en reprenant l'idée que la dépendance est une maladie. La famille de la personne dépendante est également entraînée dans ce processus. La façon de fonctionner des services de soutien anonymes repose sur la même stratégie de l'étiquetage explicitée ci-dessus. Ces étiquettes permettent à tous ceux qui les portent de se regrouper entre eux et former une belle solidarité. Des liens très forts se créent alors et brisent leur isolement. Cependant, tout ce groupe d'étiquetés 'malades' va alors s'exclure socialement. C'est pour cela que la dimension de l'anonymat dans ce genre de services est primordiale (Amnon, 2008).

4. Discriminer :

A ces 3 étapes, formant la stigmatisation (étiqueter, stéréotyper, séparer), s'ajoutent les discriminations pour former le processus de discrimination (Fig.3). La discrimination renvoie au fait de traiter certaines personnes différemment des autres. Cela a une connotation d'action, de comportement, de faire quelque chose à l'encontre de quelqu'un. Cependant, la discrimination pour des états de santé est fort discutée éthiquement et juridiquement (verkindt, 2015). Comme dit précédemment, le débat autour de la reconnaissance des assuétudes comme étant une maladie est toujours d'actualité (Zinberg, 1974 ; Amnon, 2008).

Dans le milieu professionnel, chacun se doit de respecter le principe de non-discrimination qui s'applique notamment envers un problème de santé. Dans le Code pénal, une vingtaine de critères sont reconnus comme ne pouvant pas faire l'objet de discrimination (Chappe, Eberhard & Guillaume, 2016). Un employeur ne peut donc normalement pas licencier quelqu'un ou lui refuser l'accès à un recrutement juste parce qu'il est reconnu comme ayant des assuétudes.

Néanmoins, cela reste encore fort théorique alors que dans la pratique, ce genre de discrimination est observé. Des discriminations sont effectivement vécues pour des personnes ayant des problèmes d'addiction mais elles sont plus tacites et cachées. Ainsi, des employeurs attendront la première erreur ou constatation d'une baisse de performance pour licencier un employé ayant des assuétudes. Il pourra donc nier toute tentative de discrimination car les assuétudes ne représenteront pas le motif premier du licenciement (Falcoz, 2016).

Outre cet aspect davantage juridique des discriminations, ces dernières peuvent être un moyen pour l'employeur et pour les collègues de préserver l'image et la réputation de l'entreprise. Certains arguments comme « *la personne ayant des assuétudes ne sera pas capable de faire le travail demandé* », « *cette personne va tâcher l'image de l'entreprise* », « *elle va faire fuir les clients* » sont utilisés pour légitimer des discriminations. Elles partent des stéréotypes qui sont associés aux personnes ayant des assuétudes et participent à leur stigmatisation. Effectivement, le stigmate des dépendances reste très attaché au sentiment de honte, et sous-entend parfois que les personnes qui le portent sont réduites à une place très basse dans la hiérarchie de la société. Certains utilisent donc cette excuse pour les discriminer jusqu'à tenter de les exclure de l'entreprise (Barras, 2016).

Tout ceci se rapporte aux discriminations interpersonnelles qui sont basées sur des croyances personnelles. Il y a deux autres types de discriminations : les discriminations institutionnelles et les discriminations culturelles (Whitley & Kite, 2013).

Les discriminations interpersonnelles sont donc basées sur les croyances personnelles de chacun. Une personne qui porte une caractéristique stigmatisante -donc que le groupe n'a pas- va être traitée différemment par le groupe. Le groupe peut lui refuser certaines choses ou l'obliger à d'autres en raison de son stigmate (Lacaze, 2008). Ces différences de traitement peuvent venir des croyances stéréotypées et/ou de la façon dont le groupe voit une personne. Cela participe donc au maintien de la supériorité qu'a le groupe dominant sur la personne qui est discriminée.

Chapitre IV. Impact de ce processus :

Les impacts découlant de la stigmatisation et des discriminations vécues sont nombreux. Ces conséquences atteignent principalement l'individu lui-même, mais entraînent également des répercussions plus étendues.

D'une part, les discriminations atteignent les personnes qui les vivent et leurs réactions peuvent suivre deux mécanismes. D'un côté, elles peuvent se dévaloriser et avoir une baisse de leur estime d'elles-mêmes. Etant donné qu'elles sont exclues socialement et discriminées, elles appartiennent donc à un groupe qu'elles voyaient négativement. D'un autre côté, la façon dont certaines personnes vont agir envers les personnes stigmatisées, peut engendrer des réactions de défense fortes. Ce mécanisme peut mener à des tensions entre les personnes et à des interactions compliquées. Autrement dit, les personnes discriminées peuvent soit se renfermer sur elles-mêmes en développant des troubles psychologiques associés à une dévalorisation de soi-même, soit peuvent rentrer en conflit et créer des tensions qui peuvent renforcer leur isolement. Cela mène bien souvent à des dépressions et impacte négativement la qualité de vie et le niveau de leurs revenus (Lacaze, 2008). En effet, dans les cas extrêmes, les discriminations peuvent mener à une perte d'emploi ce qui mène à une augmentation de chômage (Link, Cullen, Mirotznik & Struening, 1992).

La stigmatisation, quant à elle, peut, entre autres, dissuader les personnes d'aller voir des professionnels ce qui contribuera à la dégradation de leur état de santé. Porter un stigmate est une expérience très douloureuse et angoissante (Peretti-Watel, 2010). De plus, la stigmatisation fait peur. Dès lors, on va cacher les comportements addictifs par peur de se faire stigmatiser. Il faut ainsi paraître « normal » et être bien vu par les acteurs du monde professionnel. Cela apporte une certaine crédibilité et améliore l'estime de soi qui est fortement entachée lorsqu'on est stigmatisé et discriminé (Lutz, 2015). Cependant, lorsque les personnes sont en déni ou en dénégation, elles peuvent ne pas avoir conscience qu'elles sont stigmatisées.

Une autre conséquence de la stigmatisation est une perte de statut social. En effet, lorsqu'on stigmatise quelqu'un, on lui attribue des attributs qui sont souvent vus négativement. Dès lors, le statut de l'individu stigmatisé va changer. Il va être rabaisé au statut du groupe

social qui lui a été attribué par l'étiquette donnée durant la stigmatisation. Il va finir par devenir ce qui est dit sur lui (Lacaze, 2008) ce qui fait référence à la **menace du stéréotype**. Il s'agit de la crainte de confirmer un stéréotype attaché à son groupe d'appartenance. Dans une situation type, une certaine pression va être perceptible. Divers mécanismes médiateurs vont alors entrer en jeu ce qui conduit à une perte de performance et paradoxalement, confirme le stéréotype (Dagot, 2007).

Cette perte de statut engendre également une perte de position hiérarchique (Link et Phelan, 2001), une inégalité de traitement et du mépris de la part de la société (Renault, 2000). Enfin, l'exclusion sociale engendre un stress et une dévalorisation de soi-même.

Cependant, on sait qu'une mauvaise estime de soi-même ou le fait d'être exclu socialement est un des facteurs de risques qui créent et/ou aggravent les assuétudes (Briefer, 2002). En effet, l'expression de « corridor de la déviance » est alors abordée pour déterminer un cercle infernal sans échappatoire lorsque le stigmaté a été posé (Lacaze, 2008).

On pourrait alors imaginer un cercle vicieux (Fig. 4) qui amoindrit le travail en termes de qualité et de quantité. Une personne a des problèmes de consommation et certains de ces comportements se remarquent au travail. Elle est donc reconnue comme personne dépendante. Cela entraîne une stigmatisation et une discrimination. La stigmatisation l'exclut socialement ce qui provoque un profond mal-être chez elle. Elle est alors démoralisée dans son travail et dans son estime d'elle-même jusqu'à tomber en dépression dans certains cas. Enfin, cette exclusion et ce mal-être augmentent ses consommations. Ses assuétudes deviennent de plus en plus fortes et continuent d'affecter son travail et ses relations avec les autres. Elle est alors confortée dans cette catégorisation de personne addict et ainsi de suite. Il s'agit alors d'enrayer le phénomène.

Il existe une approche très efficace, mise en évidence par des chercheurs en psychologie sociale, pour limiter les préjugés en entreprise envers des personnes stigmatisées. Elle consiste à mettre en place des contacts intergroupes (Allport, 1954 ; Kotzur, Schäfer, & Wagner, 2018). En effet, leurs résultats montrent très clairement qu'en étant en contact avec des personnes ayant des différences significatives, cela permet de limiter les idées stigmatisantes qu'on a de cette différence (Schuhl, Chatard & Lambert, 2020).

Conclusion

Ce mémoire avait pour but de faire un état des différentes littératures existantes sur les assuétudes en milieu professionnel entraînant une stigmatisation et des discriminations envers les travailleurs dépendants.

Tout d'abord, dans le premier chapitre, nous en avons appris davantage sur les assuétudes et les différentes notions qui s'y rapportent. De nombreux termes sont utilisés dans le langage courant sans vraiment connaître leurs subtilités. Entre abus, dépendance, assuétude, addiction, il est facile de s'y perdre. Retenons que les termes d'abus et de dépendance ont été regroupés sous l'expression « troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive », dans une nouvelle édition du DSM-5 parue en 2013. Les assuétudes, quant à elle, sont caractérisées principalement par une perte de contrôle ainsi qu'un besoin irrésistible de consommer, participant ainsi à la formation du concept de Craving (Auriacombe, Serre, Fatséas, 2016). Elles représentent la combinaison entre la personne, la substance et le contexte, qui peut être le travail.

Les assuétudes, créent notamment des réactions physiques, des dysfonctionnements sociaux et détournent la personne de la réalité. L'individu va être entraîné dans un cercle vicieux partant d'un sentiment de mal-être qu'il va tenter de combler en consommer ses substances. Après avoir ressenti un bref moment de plénitude, la culpabilité le rattrape, ce que nous appelons couramment le « down ». Ce moment représente la meilleure opportunité pour enrayer ce schéma vicieux, avant que l'individu ne retrouve refuge dans la consommation de substance (Amnon, 2008).

Deux autres questions viennent influencer la notion des assuétudes : la question de l'aspect héréditaire et celle de la reconnaissance des assuétudes en tant que maladie. Ces deux aspects sont, tous deux, fortement débattus.

Premièrement, l'aspect héréditaire intervient dans la problématique des assuétudes, seulement de manière indirecte et combiné à d'autres facteurs. En effet, au regard des diverses études existant sur le sujet, il semble peu probable qu'il existe des gènes 'pour' les addictions. Cette héritabilité rend la personne plus vulnérable et se combine avec des facteurs environnementaux et psychosociaux pour mener la personne aux addictions (Gorwood, Le straat, Ramoz, 2008).

Deuxièmement, la question de la reconnaissance des assuétudes en tant que maladie est toujours au cœur des débats à l'heure actuelle. Les quatre dimensions qui sont évoquées pour associer dépendances et maladie, à savoir la prédisposition, la progressivité, la perte de contrôle et l'abstinence, sont à ce jour encore, fortement controversées. Malgré certaines discussions sur ces dimensions, l'accent est mis sur la médicalisation des assuétudes qui entraîne une meilleure acceptation sociale de personnes dépendantes (Polomeni, Bry & Célérier, 2005). Enfin, un dernier concept très important et courant dans le domaine des assuétudes est le déni. Le terme déni s'utilise communément pour parler d'un phénomène que l'on refuse de reconnaître, ou d'en admettre la véracité (Bardou, Vacheron-Trystram et Cheref, 2006). Un autre terme vient nuancer l'utilisation du mot déni, il s'agit de la 'dénégation'. On parle alors de dénégalation lorsque la personne a conscience d'un problème et le nie, alors qu'une personne en déni est persuadée qu'elle n'a aucun problème.

Ensuite, le deuxième chapitre a évoqué le rôle que pouvait jouer le travail dans la problématique des assuétudes. Le problème des assuétudes peut alors résulter de caractéristiques personnelles de l'individu (Rozaire, Guillou Landreat, Bronnec, Rocher & Vénisse, 2009). Il peut également venir d'une mauvaise relation entre le travail et l'individu (l'individu pourrait alors consommer pour calmer certaines difficultés liées à son travail, ou pour augmenter ses performances afin d'atteindre les objectifs demandés (Briefer, 2002)). Enfin, le secteur d'activité (Beck et al., 2013) ou encore la culture du travail (Briefer, 2002) sont enclins à encourager des addictions.

Dans le troisième chapitre, on a abordé le processus de **discrimination** que les travailleurs dépendants doivent bien souvent subir. Ce processus est composé de quatre phases qui consistent à étiqueter, stéréotyper, séparer et discriminer la personne (Lacaze, 2008). Tout part d'une caractéristique, appelée **stigmat**, que portent les personnes dépendantes. Ce stigmat peut être défini grâce à cinq critères (Whitley & Kite, 2013): la durée, la dissimulation, les qualités esthétiques, l'origine et le risque. Globalement, les assuétudes peuvent être vues comme un stigmat assez douloureux car elles peuvent être reconnues comme ayant une certaine durabilité dans le temps, comme relativement instable, comme provoquant des comportements dont certains sont difficilement dissimulables et comme potentiellement risqué. Les personnes qui portent le stigmat vont donc être **étiquetées** comme marquées par attribut vu négativement par le groupe dominant (Hilton et von Hippel, 1960). Ensuite vient le fait de **stéréotyper**. Certaines croyances et opinions partagées vont venir caractériser les attributs, les stigmates des personnes dépendantes ce qui participer à leur **séparation du groupe**. En effet,

elles seront reconnues comme étant différentes du groupe et donc mises à l'écart (Briefer, 2002). Cette **stigmatisation** des personnes dépendantes peut dès lors mener à une discrimination lorsqu'une action, un comportement ou une différence de traitement est constatée à leur égard (Barras, 2016), ce qui est bien souvent le cas.

Enfin, les impacts de ces stigmatisations et discriminations sont nombreux et peuvent aller des dépressions (Lacaze, 2008) à des pertes d'emplois et une augmentation du chômage (Link, Cullen, Mirotznik, Struening, 1992). De plus, on peut imaginer un cercle vicieux de consommation au travail : Une personne a des problèmes de consommations dont certains de ces comportements se remarquent au travail. Elle est donc reconnue comme personne dépendante. Cela entraîne une stigmatisation et une discrimination. La stigmatisation l'exclut socialement ce qui lui provoque un profond mal-être. Elle est alors démoralisée dans son travail et dans son estime d'elle-même jusqu'à même la dépression dans certains cas. Enfin, cette exclusion et ce mal-être augmentent ses consommations. Ses assuétudes deviennent de plus en plus fortes (Briefer, 2002) et continuent d'affecter son travail et ses relations avec les autres. Elle est alors confortée dans cette catégorisation de « personne addictive » et ainsi de suite. Il s'agit alors d'enrayer le phénomène.

Analyse personnelle – Discussion

Selon moi, une des manières de limiter les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination des personnes dépendantes est de rompre avec les idées reçues que l'on a sur les addictions. En effet, la stigmatisation part de croyances (stéréotypes), de jugements (préjugés), d'image d'une personne 'droguée' type (représentation sociale dans l'imaginaire des gens). Les images de danger et de négativité ne sont que les résultats d'une construction d'idées préconçues que l'on reçoit et que l'on se crée. Il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension de l'origine du problème. Pour se faire, l'accent est mis sur la **libération de la parole**. Pouvoir parler, sans craindre d'être jugé, et en étant soutenu, peut vraiment aider la personne.

Certains services d'aide en ont d'ailleurs fait leur principe fondamental, comme les groupes de paroles anonymes. Ces services semblent être une bonne aide car ils déculpabilisent

la personne et la mettent en confiance. Cette déculpabilisation peut venir de la reconnaissance des assuétudes comme étant des maladies. Nous l'avons vu tout au long de ce travail, un sentiment de honte peut être assimilé aux problèmes d'assuétudes. C'est entre autres, une des raisons pour lesquelles en parler et/ou l'assumer peut être compliqué pour la personne. Par extension, il serait peut-être opportun de développer des moments de libération de parole dans les milieux professionnels pour limiter les stigmatisations et discriminations.

L'OMS recommande également de prendre des mesures d'instruction pour contrer les stigmatisations afin de changer certaines mentalités et certaines croyances. Afin de lutter contre les discriminations, ils recommandent davantage des actions de type juridique. Ils invitent alors tout un chacun à revoir ses attitudes et réactions, de s'informer, de soutenir la responsabilisation des personnes et d'adopter davantage de tolérance.

Ils recommandent également d'avoir un personnel formé et un environnement de travail sûr. Enfin, ils encouragent à véhiculer des messages « clés » qui pourraient être par exemple : les stigmatisations et les discriminations sont nuisibles et peuvent blesser les personnes, les assuétudes ne sont pas toujours une fatalité, les personnes ne sont pas forcément responsables de leur état, elles ne sont peut-être pas conscientes de leur problème, les personnes avec des assuétudes sont des personnes comme les autres qui ont des problèmes ...

Une des solutions ne serait-elle pas de remonter à la source même du problème c'est-à-dire les assuétudes elles-mêmes ?

Outre ces quelques solutions pour limiter les stigmatisations et les discriminations, on est à même de se demander si une des solutions ne serait pas de remonter à la source et donc de s'attaquer aux assuétudes elles-mêmes. Pour en arriver à ce questionnement et l'approfondir, j'ai regardé de nombreux reportages et témoignages de personnes qui vivent des assuétudes. Pour elles, la solution à leurs différents problèmes- tant professionnels que personnels- était d'enrayer leurs addictions.

Ces dernières prennent trop de place dans la vie des personnes. Elles remplacent les contacts sociaux, les relations, les moments de vie. On oublie certains souvenirs, certains moments de vie. Elles modifient la réalité. Elles modifient les réactions, les comportements, les regards, les interactions. Jusqu'à ce que les autres ne reconnaissent plus la personne, jusqu'à ce que la personne ne se reconnaisse plus elle-même. Selon moi, la stigmatisation intervient à ce niveau-là également. Les autres arrivent à stigmatiser la personne parce qu'ils ne la reconnaissent plus. Les regards changent en stigmatisant, les relations se détériorent, et

l'éloignement se renforce. Il arrive même que des personnes dépendantes stigmatisent elles-mêmes d'autres personnes dépendantes. Cela arrive car les premières ne se rendent pas compte qu'elles sont comme les dernières, qu'elles sont dépendantes également. C'est ce qui est terrible dans les addictions : on ne se voit pas passer des étapes et se rapprocher petit à petit de la dépendance. On pense toujours qu'on peut s'arrêter quand on veut, jusqu'à ce qu'il soit trop tard. En effet, le processus de 'problématisation des consommations' est très lent et au début sans réelle marque visible. En effet, au commencement, consommer certaines substances est 'fun', 'tout le monde le fait'. De plus, questionner sa propre consommation peut remettre en question celle des autres.

Et puis petit à petit certains comportements commencent à se remarquer, sans que la personne s'en rende compte. Elle est dans le déni. Parfois, la personne a conscience que sa consommation est problématique mais va quand même prendre du temps avant d'avoir ce **déclic**. Cette notion de déclic est très souvent sous-entendue aussi bien dans la littérature que dans les témoignages, pour se sortir des assuétudes. Ce déclic représente un moment précis où la personne *prend conscience*, où elle se rend compte que sa situation est problématique. Elle peut ressentir diverses émotions, bien souvent de la honte car elle se rend compte qu'elle n'est plus elle-même. Que ce n'est plus possible de dissimuler certains impacts. Certaines questions peuvent se poser à la personne comme, que dire aux collègues ? Et qu'est-ce qu'ils vont comprendre surtout ? Car cette stigmatisation fait peur. Ils doivent demander de l'aide car sortir d'une addiction est très compliqué sans se faire aider.

Cependant, il arrive parfois que les personnes aient conscience qu'elles ont un problème, sans vraiment le formuler, sans vraiment reconnaître qu'il est tel qu'elles ont besoin d'aide, sans vraiment avoir LE déclic. Elles se trouvent davantage dans une situation de dénégation. Cela demande beaucoup d'effort car elles vont en permanence lutter et négocier avec leur conscience. Le problème c'est que leur besoin de consommation est trop fort et elles finissent par céder ce qui leur cause une grande culpabilité et beaucoup de souffrance. Jusqu'à ce qu'elles aient ce fameux déclic. Si elles y arrivent...

Dans chaque récit de vie que j'ai regardé, chaque personne se souvenait du jour où elle a eu son déclic. Pour l'un c'était le reflet dans le miroir de son visage tuméfié car il était tombé sur une table mais n'en avait plus aucun souvenir, pour l'autre c'était le regard de sa fille ou encore une remarque ironique d'un collègue. Dans ces trois situations, le déclic prend la forme d'une remarque, d'une réaction ou la façon dont un proche voit la personne. Ces trois aspects peuvent s'apparenter à des stigmatisations ou des discriminations. Une piste de réflexion se

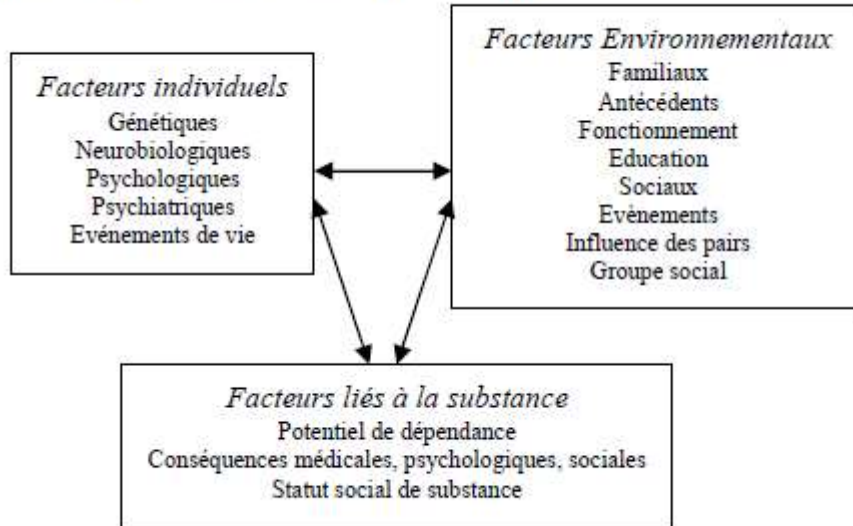
pose alors : paradoxalement, malgré tous leurs effets néfastes qu'elles provoquent, les stigmatisations et discriminations ne peuvent-elles pas servir de déclic ?

« Vous ne pouvez pas empêcher une personne dépendante de consommer, la seule prison dont elle doit s'échapper c'est sa tête, et ça ce n'est pas facile » (Marco, homme dépendant à l'alcool, 2020)

Annexes:

Fig 1:

Les interactions peuvent se résumer par ce schéma :



(Rozaire, Guillou Landreat, Grall-Bronnec, Rocher & Vénisse, 2009)

Fig 2: Acné rosacée sur les joues d'une personne consommant de l'alcool de façon abusive



Franchimont, C., Nikkels, A., Pierard, G. (2019).

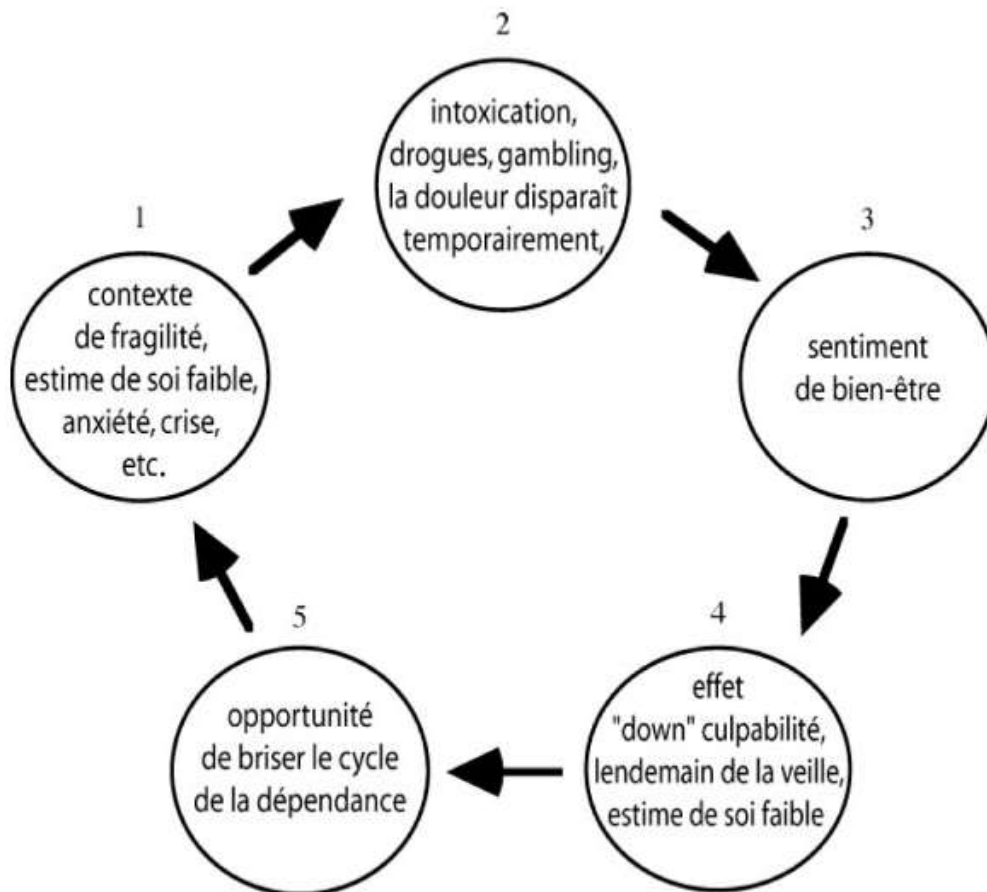
Fig 3:



(Psychom, 2021)

Fig. 4:

Le cycle de la dépendance adapté par Amnon J. Suissa d'après les travaux de Peele



(Amnon, 2008).

Bibliographie :

- Amnon Suissa, J. (2008). Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux. *Psychotropes*, 14, 61-80. <https://doi.org/10.3917/psyt.142.0061>
- Allport, FH (1954). La structuration des événements : esquisse d'une théorie générale avec des applications à la psychologie. *Revue psychologique*, 61 (5), 281-303. <https://doi.org/10.1037/h0062678>
- Ammanou, F. & Lejoyeux, M. (2013). Troubles de la personnalité et conduites alcooliques. Dans : *Julien-Daniel Guelfi éd., Les personnalités pathologiques*, Cachan, France: Lavoisier, 230-236. <https://doi.org/10.3917/lav.guelf.2013.01.0230>
- Auriacombe, M., Serre, F. & Fatséas, M. (2016). 6. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 78-83). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0078>
- Bardou, H., Vacheron- Trystram, MN., Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales medico psychologique*. 164(2).
- Barras, C., (2016). *Les drogues dans le champ professionnel : du déni vertueux à la chasse aux sorcières*, Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migration, analyse 13.
- Bègue, L. (2016). 16. Alcool, drogues et violence. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 150-154). Cachan, France: Lavoisier.
- Bergeron, H. (2009). Sociologie de la drogue. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.berge.2009.01>
- Berry, M. (2019). Et si plus personne n'était perçu comme inutile ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 28(2), 225. <https://doi.org/10.3917/nrp.028.0225>
- Birman, J. (2010). Archives d'humiliation aujourd'hui. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 9(1), 163. <https://doi.org/10.3917/nrp.009.0163>
- Blaise, M., & Picot, E. (2013). Le temps des vacances : Un temps impossible pour les toxicomanes ? *Psychotropes*, 19(2), 97. <https://doi.org/10.3917/psyt.192.0097>
- Blondé, J. & Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? *Revue de la littérature et perspectives de recherche*. *L'Année psychologique*, 116, 67-103. <https://doi.org/10.4074/S0003503316000282>

- Bouchez, A., Clavie, R., & Esmieu, S. (2014). Les interactions entre les différentes composantes du traumatisme psychique et les conduites d'assuétudes. *Psychotropes*, 20(4), 97. <https://doi.org/10.3917/psyt.204.0097>
- Boulze-Launay, I., & Rigaud, A. (2018). Alcool et addiction, au-delà du sexe et du genre. *Psychotropes*, 24(3), 135. <https://doi.org/10.3917/psyt.243.0135>
- Blaise, M., & Picot, E. (2013). Le temps des vacances : Un temps impossible pour les toxicomanes ? *Psychotropes*, 19(2), 97. <https://doi.org/10.3917/psyt.192.0097>
- Bonnet, G. (2008). La perversion: Se venger pour survivre. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bonne.2008.01>
- Briefer, J.-F. (2002). Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues. *Psychotropes*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.3917/psyt.081.0023>
- Olivenstein, C. (2011). Revue internationale des toxicomanies et des addictions. *Psychotropes*, 17(1).
- Carton, S. (2005). La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? *Psychotropes*, 11, 121-144. <https://doi.org/10.3917/psyt.113.0121>
- Castellani B: Pathological gambling: the making of a medical problem – State University
- Chappe, V., Eberhard, M. & Guillaume, C. (2016). La fabrique des discriminations. *Terrains & travaux*, 29, 5-19. <https://doi.org/10.3917/tt.029.0005>
- Clavreul, J. (1987). La parole de l'alcoolique. Dans J. Clavreul (dir.) *Le désir et la loi, approches psychanalytiques* (p. 245-270). Paris, France : Denoël.
- Craplet, M. (2003). *Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool*. Paris, France : De la Martinière.
- Dagot, L. (2007). Menace du stéréotype et performance motivationnelle : Le cas des demandeurs d'emploi. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 36/3, 343-356. <https://doi.org/10.4000/osp.1452>
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : Interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 73(1), 11. <https://doi.org/10.3917/cips.073.0011>
- De Gaulejac, V., Hanique, F. & Roche, P. (2007). La sociologie clinique. *Érés*. <https://doi.org/10.3917/eres.roche.2007.01>

- Dijker, A.J., Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and applied Social Psychology*, 25, 51-68.
- Dodier N., (1995). *Les Hommes et les machines*. La conscience collective dans les sociétés technicisées, Paris, Métailié.
- Dumont, F. (1974). Herpin, Nicolas, Les sociologues américains et le siècle, Presses universitaires de France, 1973, 187 p. Études internationales, 5(4), 724. <https://doi.org/10.7202/700508>
- Eagly, A.H., Ashmore, R.D., Makhijani, M.G., & Longo, L.C. (1991). What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin*, 110, 109-128.
- Falcoz, M. & Lefèvre, N. (2016). Représenter les sportifs professionnels : entre militantisme apolitique et syndicalisme de service. *Staps*, 113, 7-20. <https://doi.org/10.3917/sta.113.0007>
- Felstiner W. L., Abel R. L., Sarat A., (1980-1981). The emergence and transformation of disputes: naming, blaming, claiming..., *Law and Society Review*, vol. 15, n° 3/4, 631-654.
- Fontaine, A. (2017). Les enjeux de la consommation de psychotropes en milieu professionnel : Des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent? *Après-demain*, N44, NF(4), 8. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0008>
- Franchimont, C., Nikkels, A., Pierard, G. (2019). L'alcool et la peau. Université de Liège. *Revue médicale de Liège*.
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall (trad. fr., *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975).
- Goffman, E. (1963). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Les éditions de Minuit.
- Gorwood, P., Le Strat, Y., & Ramoz, N. (2008). Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*, 14(3), 29. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0029>
- Guillou Landreat, M., Rozaire, C., Vigneau Victorri, C., & Grall-Bronnec, M. (2013). Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. *Regards*

- croisés patients/médecins. *Psychotropes*, 19(2), 23.
<https://doi.org/10.3917/psyt.192.0023>
- Hilton, J.L., & von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47,237-271.
- Hodgins D, Mararchuk K, El-Guebaly N & Peden N: “Why problem gamblers quit gambling problems : A comparison of methods and samples” – In *Addiction Research and*
- Hollet-Haudebert, S. (2018). Eclairage conceptuel d’une problématique émergente en gestion : L’addiction au travail. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 30(1), 68. <https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0068>
- Jellinek E. (1960). *The disease concept of alcoholism* – New Haven, Hill House Press
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus,H., Miller, T., & Scott,R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W.H. Freeman.
- Kavciyan, A. (2018). Addictions et monde du travail: Ouverture. *Psychotropes*, 24, 5-9. <https://doi.org/10.3917/psyt.243.0005>
- Kintz P., Villain M., Cirimele V. & Ludes B. (2002) *Annale de Toxicologie Analytique*. 14, 1, 83-89. <https://doi.org/10.1051/ata/2002044>
- Knaak, S., Mercer, S., Christie, R., & Stuart, H. (s. d.). *La stigmatisation et la crise des opioïdes*.
- Karila, L. (2008). *Les addictions*. Le Cavalier bleu.
- Kotzur, P. F., Schäfer, S. J., & Wagner, U. (2019). Meeting a nice asylum seeker : Intergroup contact changes stereotype content perceptions and associated emotional prejudices, and encourages solidarity-based collective action intentions. *British Journal of Social Psychology*, 58(3), 668-690. <https://doi.org/10.1111/bjso.12304>
 64.
- Lacaze, L. (2008a). La théorie de l’étiquetage modifiée, ou l’« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 5(1), 183. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
- Lacaze, L. (2008b). La théorie de l’étiquetage modifiée, ou l’« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 5(1), 183. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
- Lambrette, G. (2015). Le travail, un levier pour la santé : Réflexions à partir de projets de réinsertion socioprofessionnelle destinés à des (ex-)usagers de substances psychotropes. *VST - Vie sociale et traitements*, 128(4), 49.
<https://doi.org/10.3917/vst.128.0049>

- Lemert E. M. (1967) *Human deviance, social problems and social control*, New York, Prentice Hole, 277.
- Lenclud, G. (2011). L'acte de mentir : remarques sur le mensonge. *Terrain anthropologie & sciences humaines*. <https://doi.org/10.4000/terrain.14277>
- Levivier, M. (2011). Harmoniques de la parole et dynamique groupale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 85-86(2), 55. <https://doi.org/10.3917/lett.085.0055>
- Leyens, J.-P., Yzerbyt, V. Schadron, G., (1996). Stereotypes et cognition sociale. Mardaga.
- Link, B.G. (1987). « Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection ». *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G. ; CULLEN, F.T. ; MIROTNICK, J. ; STRUENING, E. (1992). *The consequences of stigma for persons with mental illness : evidence from the social sciences*, dans P.J. Fink et A. Tasman (sous la direction de), *Stigma and Mental Illness*, Washington, American Psychiatric Press, p. 87-96.
- Link, B.G. ; CULLEN, F.T. ; STRUENING, E. ; SHROUT, P.E. ; DOHRENWEND, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment, *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B.G. ; PHELAN, J.C. (2001). Conceptualizing stigma, *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B.G. ; YANG, L.H. ; PHELAN, J.C. ; COLLINS, P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma, *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541.
- LUCCHINI R. (1985) *Drogues et société, Essai sur la toxicodépendance*, Fribourg, Éditions Universitaires Fribourg Suisse, 301.
- Lutz, G. (2015). Pratiques addictives en milieu de travail : Impasses du concept et nouvelles perspectives. *Psychotropes*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.3917/psyt.211.0013>
- Lutz, G. (2018). Discuter et transformer le travail pour réguler les conduites addictives des professionnels. *Psychotropes*, 24, 57-82. <https://doi.org/10.3917/psyt.243.0057>
- Medina, M. S., Plaza, C. M., Stowe, C. D., Robinson, E. T., DeLander, G., Beck, D. E., Melchert, R. B., Supernaw, R. B., Roche, V. F., Gleason, B. L., Strong, M. N., Bain, A., Menecier, P., Rotheval, L., Plattier, S., Fernandez, L., & Ploton, L. (2017). Le déni en

- alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas. *Drogues, Santé et Société*, 15(2), 39-59. <https://doi.org/10.7202/1038629ar>
- Meyer, G. E., Dong, B. J., Rochon, J., & Johnston, P. (2013). Center for the Advancement of Pharmacy Education 2013 Educational Outcomes. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(8), 162. <https://doi.org/10.5688/ajpe778162>
- Malka, R., Fouquet, P. et Vachonfrance, G. (1983). *Alcoologie*. Paris, France : Masson.
- Maurage, P. (2013). Altérations émotionnelles et interpersonnelles dans l'alcoolisme : l'apport des neurosciences. *Revue de neuropsychologie*, 3(3), 166-178. <https://doi.org/10.3917/rne.053.0166>
- Mazade, O. (2013). L'affaire Metaleurop : Une dénonciation impossible ? *Terrains & travaux*, N° 22(1), 23. <https://doi.org/10.3917/tt.022.0023>
- Morchain, P. (2006). Valeurs et perception stéréotypée des groupes. *Cahiers de l'Urmis*, 10-11. <https://doi.org/10.4000/urmis.209>
- Ogien, A. (1991). *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris, Esprit.
- Ogien, A. (2017). L'usage de drogues, un « problème social » : Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ? *Après-demain*, 44,NF, 5-7. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0005>
- Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P. (1997) *Psychopathologie des addictions*. Paris, P.U.F.
- Peele S, Bufe C & Brodsky A: *Resisting 12-step coercion – Tucson AZ*, See Sharp Press
- Peele S: *Seven tools to beat addiction – New York*, Three Rivers Press (2004)
- Perea, F. (2002). L'alcoolisme sous silence. Approche linguistique du déni de l'alcoolique. *Alcoologie et addictologie*, 24(1), 23-31.
- Peretti-Watel, P. (2005). *Cannabis, ecstasy : du stigmatisé au déni : Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*. L'Harmattan.
- Peretti-Watel, P. (2010). Morale, stigmatisé et prévention : La prévention des conduites à risque juvéniles. *Agora débats/jeunesse*, 56(3), 73. <https://doi.org/10.3917/agora.056.0073>
- Polomeni P, Bry D & CeLerier I (2005). *Comprendre les addictions et les traitements de la toxicomanie*. John Libbey Eurotext.

- Psychom. (2021). *La stigmatisation et les discriminations*. Psychom: Santé mentale info. Consulté le 5 juillet 2021 sur <https://www.psychom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/#comment-la-stigmatisation-senclenche-dans-notre-tete-60eabdd81c5db>
- Ragge K. (1997). *The real AA: Behind the myth of 12-step recovery* – Tucson AZ, See Sharp Press
- Renault, E. (2000). *Mépris social : éthique et politique de la reconnaissance*, Bègles, Éditions du Passant.
- Reynaud, M. (2013). *Les dommages liés aux addictions et les stratégies pour réduire ces dommages*, rapport remis à Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la mildt.
- Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Vénisse, J. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ?. *Archives de politique criminelle*, 31, 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>
- Schuhl, J., Chatard, A., & Lambert, É. (2020). Réduire la stigmatisation des salariés reconnus handicapés : Exemple d'une action de sensibilisation en entreprise. *Le travail humain*, 83(2), 91. <https://doi.org/10.3917/th.832.0091>
- Simmat-Durand, L., Planche, M., Jauffret-Roustide, M., Lejeune, C., Michel, L., Mougel, S., & Vellut, N. (2013). Recours aux traitements de substitution dans les sorties des addictions. *Psychotropes*, 19(2), 45. <https://doi.org/10.3917/psyt.192.0045>
- Sobell L. (2002a). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies – In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 26 (6): 936-948 *Therapy*, 10 : 203-218
- Valléry, G., Bobillier-Chaumon, M., Brangier, É. & Dubois, M. (2016). *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2016.01>
- Verkindt, P. (2015). Le rôle des acteurs de l'entreprise dans la prévention de la pénibilité au travail. *Retraite et société*, 72, 73-85. <https://doi.org/10.3917/rs.072.0073>
- van Caloen, B. (2005). Dilemmes de l'individualisme : Un contexte sociétaire de l'usage de drogues. *Drogues, santé et société*, 3(1), 69-86. <https://doi.org/10.7202/010520ar>
- Vienne, P. (2005). *Stigmatisation et inversion du stigmaté dans les écoles de "la dernière chance"*, dans E. Callu, J.P. Jurmand & A. Vulbeau (sous la direction de), *La place des*

- jeunes dans la cité. 2 : Espaces de rue, espaces de parole, Paris, L'Harmattan, p. 129-143.
- Vincent, A. (1973). L'industrie pharmaceutique en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 598-599(12), 1. <https://doi.org/10.3917/cris.598.0001>
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attribution analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attribution analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Wells, L.E. (1978). Theories of deviance and the self-concept, *Social Psychology* (ex Sociometry), 41, 189-204.
- WIDIGER T. A., GREGORY T. S. (1994). Substance use disorder: abuse, dependence and dyscontrol, *Addiction*, 89, 267-282.
- Whitley, B. & Kite, M. (2013). Psychologie des préjugés et de la discrimination. de boeck.
- ZINBERG N. E., *Drug, Set and setting*, New Haven, Yale University Press, 1974, 277.

FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES,
POLITIQUES ET DE COMMUNICATION

Les dispositifs efficaces permettant de prévenir et limiter les assuétudes en milieu professionnel

Auteur : Charlotte DELFERRIERE

Promoteur : Monsieur Bernard Nyssen

Année académique 2020-2021

Master en sciences du travail

*Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur
Monsieur Bernard Nyssen pour ses précieux
conseils et son accompagnement durant la rédaction
de ce mémoire.*

*Je remercie également Fabienne van der Elst et
Mathilde Amela pour leurs nombreuses relectures,
pour leur disponibilité et leur aide.*

*Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à ma
famille et mes proches pour leur soutien sans faille,
leurs encouragements et leur patience.*

Table des matières

Introduction	4
Chapitre I. Les assuétudes	6
Définition.....	6
• L’usage simple	7
• L’usage nocif	7
• La dépendance	7
La nature de la substance.....	9
Pourquoi s’intéresser aux assuétudes au sein de l’organisation ?	10
a) La performance au travail	11
b) Les discriminations au travail	12
Chapitre II. Analyses des différents dispositifs existants	15
Les acteurs intervenant dans l’entreprise concernant la gestion des assuétudes	15
a) L’Employeur	16
b) Conseiller en prévention	19
c) Conseiller en prévention-médecin du travail	19
d) Comité pour la Prévention et la Protection au Travail.....	20
Les actions intervenant dans l’entreprise concernant la gestion des assuétudes	22
a) Sensibilisation et Prévention	22
b) Tests de dépistage	24
Pistes envisageables.....	29
Conclusion.....	32
Analyse personnelle- Discussion	34
Note d’articulation :	45

Introduction

« Il ne s'agit pas d'évincer systématiquement du monde du travail les usagers de produits illicites, mais sûrement d'éviter que ces consommateurs n'occupent des fonctions sécuritaires pouvant aller de la base au sommet de la hiérarchie, car la prévention de la toxicomanie doit aboutir à la réinsertion professionnelle et sociale des intéressés »

(Dr. Trarieux, 1998)

Ce travail s'axe sur un angle juridique afin d'appréhender au mieux le concept des assuétudes. Il se combine à l'approche psychologique, précédente, et apporte quant à lui, des éléments d'actions au sein de l'entreprise.

Dans le premier chapitre, nous présenterons les assuétudes. L'origine de ce terme sera alors abordée ainsi que les différents stades de consommation allant de l'usage simple à la dépendance, en passant par l'usage nocif. Le but de ce travail est de se rendre compte de la responsabilité qu'a une entreprise dans la gestion des assuétudes. On abordera dès lors, deux aspects qui justifient le fait qu'une entreprise intervienne pour cadrer cette problématique. Ces deux aspects sont la performance au travail dans un premier temps, et les discriminations dans un second.

Ensuite, après avoir déterminé *pourquoi* une entreprise devrait agir dans la gestion des assuétudes, le deuxième chapitre s'intéressera à *comment* elle peut s'y prendre. En effet, certains dispositifs existent déjà au sein des entreprises. L'objectif est donc de chercher **quels sont les dispositifs efficaces permettant de prévenir et limiter les assuétudes en milieu professionnel?**

Ces dispositifs peuvent exister sous deux formes : premièrement les **acteurs** qui ont un rôle à jouer pour encadrer la problématique et tenter de prévenir et limiter les assuétudes. Deuxièmement, certaines **actions** prévues pour limiter et prévenir cette problématique seront abordées. Ces actions peuvent être notamment, des campagnes de prévention ou des tests de dépistages. Il existe certains dispositifs obligatoires comme le contrat de travail ou le règlement de travail qui apportent des éléments pour cadrer la problématique des assuétudes en interdisant la consommation de substances sur le lieu de travail ou en définissant des objectifs et des horaires précis, par exemple. D'autres dispositifs peuvent être ajoutés comme des tests de dépistages, des examens médicaux, des tests d'haleine etc. Cependant, nous verrons qu'ils sont soumis à des restrictions et ne peuvent être utilisés que dans certains cas, tout en respectant

différents aspects comme la non-discrimination ou encore les libertés individuelles de chacun. L'objectif de cette partie est de se rendre compte de l'efficacité de ces actions, ce qui constituera la conclusion de ce travail.

Il est important de noter que cet angle de recherche constitue une première approche en la matière. Une recherche exhaustive des dimensions de cette problématique ne pourra pas être atteinte dans ce travail.

Chapitre I. Les assuétudes

Définition

Selon la définition du dictionnaire LeRobert, le terme ‘assuétude’ signifie un état de grande dépendance à l’égard d’une substance toxique. Plus généralement, dans la vie courante, le terme ‘addiction’ est davantage utilisé. Ce terme a souvent évolué au cours du temps. Son étymologie latine est « ad- dicere » qui signifie « dire à ». Au Moyen-Age, cela renvoyait à une appartenance d’esclavage. Une personne était alors « addictée » lorsqu’elle ne pouvait rembourser une dette autrement que par son travail. Ensuite, ce terme a évolué et trouvé dans la langue anglaise une signification plus proche de celle qu’on lui connaît aujourd’hui. Après avoir été reconnu comme la relation qui soumet un apprenti à son maître vers le XIV^e siècle, ce terme prend davantage de modernité et désigne des passions punissables. Aujourd’hui, le terme addiction revêt de nombreuses dimensions. En effet, il en existe de nombreuses sortes notamment des addictions à diverses substances psychoactives, ou des addictions comportementales (addiction affective, au jeu, au travail, au sexe, au sport ...).

Ce qui va nous intéresser dans ce mémoire est le premier cas, les addictions à des substances psychoactives. Nous pouvons remarquer un certain schéma dans le processus addictif. Il est marqué par certaines caractéristiques comme des angoisses suivies d’un état de manque ou l’impossibilité d’arrêter un comportement. Ce qui va pousser la personne à passer à l’acte pour ressentir un bien-être éphémère.

Certains troubles peuvent impacter la personne de manière simultanée, comme des troubles de l’humeur, des troubles de la personnalité, des troubles liés aux angoisses etc (Rozaire, Guillou-Landreat, Grall-Bronnet, Rocher & Vénisse, 2009).

Cela étant, il est important de déterminer si la consommation de substances du travailleur est problématique ou non. Pour ce faire, le « Service Public Fédéral emploi, travail et concertation sociale » préconise d’étudier plusieurs critères à savoir la quantité, la fréquence et la présence de conséquences négatives sur la personne et son entourage.

De plus, il y a plusieurs **stades de consommation** allant de bénin à dangereux. Tout d’abord, il

y a l'usage occasionnel. Vient ensuite l'usage nocif qui devient davantage problématique car ce niveau de consommation est très propice à évoluer vers un usage dangereux menant à la dépendance. Cette dépendance est assimilée au troisième stade. C'est au cours de ce stade que des impacts sur la santé physique et psychologique de l'individu sont visibles. Les conséquences touchent également les différentes composantes de la vie de l'individu comme sa famille, son travail ses amis, etc.

On parle généralement de trois types de consommation (Laqueille & Liot, 2009) :

- L'usage simple :

L'usage simple est également appelé usage occasionnel. La consommation sera vue comme n'entraînant pas de conséquence sur la santé de la personne ou sur son entourage. Cette consommation garde un aspect 'libre' et n'est pas perçue comme étant une pathologie. Cependant, certaines personnes utilisent ce mode de consommation comme excuse lorsqu'elles sont dans le déni de leur problématique.

- L'usage nocif :

Aussi appelé abus, ce type de consommation caractérisée par des répétitions entraîne des dommages sur la personne et son environnement. Ce sont donc ces deux éléments qui forment un point clé dans la reconnaissance de l'abus auprès d'un individu, le caractère répétitif et la création de dommages. Ces dommages portent sur tous les aspects de sa vie : son bien-être, sa santé, sa situation professionnelle, sa relation avec la société etc. On parle alors de dommages sanitaires et/ou sociaux pour l'individu et/ou son entourage (Robinaud, 2017)

- La dépendance :

Le point essentiel dans la dépendance est la perte de contrôle ainsi qu'une perte de liberté. Désormais, on parle de dépendance même en l'absence de dépendance physique. En effet, durant des années, seule la présence de dépendance physique actait le diagnostic. La notion de tolérance et la présence de symptôme de sevrage sont également très importantes au sein des dépendances.

On reconnaît comme **dépendance** une consommation inadaptée de substances. Les caractéristiques de cette consommation sont : un besoin de toujours plus de substances pour arriver aux effets recherchés, des symptômes de manque ou de sevrage visibles (tremblements ...) (Karila, 2008). De plus, cette consommation perdure alors que la personne a conscience

que cela lui cause des problèmes tant au niveau relationnel, que physique et psychologique, tant dans sa vie privée que professionnelle (Robinaud, 2017). Il est important de relever qu'un individu peut passer d'un stade à l'autre à tout moment (Maxence & Trarieux, 1998).

Le terme **addiction**, quant à lui, a été défini par de nombreuses personnes apportant chacune des éléments pour tenter de caractériser au mieux ce terme complexe. Peele (Peele, 1985) part des aspects cognitivo-comportementaux. Par la suite, il inspire Goodman (Goodman, 1990) qui définit les addictions comme « 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 ». Une autre définition est proposée par Volkow (Goldstein & Volkow, 2002). Ce dernier dispose que les addictions sont « 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 ». Les termes addiction et dépendance sont donc assez proches. Le terme addiction permet d'inclure les dépendances à d'autres choses que des substances psychoactives, comme les addictions comportementales citées précédemment (addiction au jeu, sexuelle, affective etc) (Laqueille & Liot, 2009).

L'usage de substances a fait l'objet de nombreux débats au fil du temps quant à son aspect répréhensible. En effet, durant très longtemps, le rapport aux substances n'était encadré que par les normes sociales. Les **normes juridiques** sont venues bien après. Durant la seconde moitié des années 1990 de nombreuses questions d'insécurité apparaissent (Cesoni, 2006). Vers le XXe siècle, le régime prohibitionniste apparaît (Jauffret-Roustide & Granier, 2017). Cependant, la guerre à la drogue, lancée par Richard Nixon, dans les années 1960 ne fut pas concluante. Au contraire, cela a participé à stigmatiser et marginaliser les personnes qui consomment des substances.

Des années plus tard, certains prônent une **décriminalisation** des usages de substances, pendant que d'autres demandent la **dépénalisation** (Jauffret-Roustide & Granier, 2017). La différence entre les deux termes est assez fine. Selon Christine Guillain (Guillain, 2013), dans le premier cas, la décriminalisation supposerait que la consommation de substances ne donnerait plus lieu

à des poursuites ni à des condamnations pénales. En effet, ce terme sous-tend qu'un comportement ne serait plus reconnu comme constituant un crime. Alors que dans le deuxième cas, la dépénalisation renvoie à une réduction de l'application des sanctions pénales. Il existe deux types de dépénalisation : la dépénalisation relative et absolue. La dépénalisation relative pour l'usage de substances consisterait en la réduction des peines d'emprisonnement et une favorisation d'amendes ou un d'accompagnement médical. La dépénalisation absolue quant à elle, se confond avec la décriminalisation car ce processus sous-tend de supprimer complètement les peines. Bien que certaines mesures de dépénalisation soient possibles comme, par exemple, recommander des traitements de réhabilitation plutôt que de répréhension, cela reste très partiel. Ces avancées sont trop limitées, timides et pas assez répandues.

La nature de la substance

La nature de la substance qui cause un dysfonctionnement n'est que secondaire selon la Convention Collective de travail n° 100. Ce qui prime ce sont les conséquences sur la qualité de prestation de travail mais également les relations avec les collègues/ équipes.

De plus, le terme 'addiction' a remplacé celui de 'toxicomanie'. Ce premier terme sous-tend un déplacement partant du 'toxique', c'est-à-dire le produit, vers les comportements eux-mêmes qui en découlent. L'accent n'est donc plus mis sur les substances mais bien sur les comportements liés (Rozaire, Guillou-Landreat, Grall-Bronnec, Rocher & Vénisse, 2009) et plus généralement, sur la combinaison entre l'individu, sa substance et le contexte (Lutz, 2015).

On va alors s'intéresser au fonctionnement de la personne qui consomme les substances quelles qu'elles soient sous l'usage du terme « assuétude » au sens large. C'est pourquoi, tout au long de ce travail, les différentes substances seront regroupées sous le terme « assuétude » ou « dépendance ».

Pourquoi s'intéresser aux assuétudes au sein de l'organisation ?

« Une constatation s'impose : l'abus des drogues atteint toujours la compétitivité des entreprises, donc l'emploi. » -(Maxence & Trarieux, 1998).

Les consommations de substances peuvent soit s'effectuer dans la sphère privée uniquement, soit sur le lieu de travail, occasionnellement ou régulièrement (Fontaine, 2017). La consommation sur le lieu de travail est proscrite par le contrat de travail ainsi que par l'illégalité de certaines substances consommées. Certaines substances peuvent provoquer une altération des facultés mentales que l'on appelle plus communément 'ivresse' (Robinaud, 2017). Selon le Code du travail, il est interdit de laisser rentrer des personnes en état d'ivresse sur des lieux de travail.

Le **problème des consommations privées ayant un impact sur le travail** n'est pas assez reconnu pour être au centre des priorités de la direction, car il est reconnu comme un problème d'ordre privé. Cela montre la perméabilité entre la sphère privée et la sphère professionnelle. Un travailleur pourra avoir consommé des substances juste avant de commencer son travail. Sa consommation se déroule dans la sphère privée mais les impacts concernent la sphère professionnelle (Robinaud, 2017). En principe, un travailleur ne devrait pas recevoir une sanction disciplinaire pour des faits qui concernent sa vie privée (Bonifay, 2012). Cependant, si un fait relevant de la vie privée du travailleur « constitue un manquement à une obligation de son contrat de travail, celui-ci pourra être considéré comme une faute disciplinaire » (Belot, 2012). Il est dès lors nécessaire de se servir des précédentes études réalisées afin de cerner l'ampleur de ce phénomène. Il est important d'agir car les impacts sont nombreux : l'immoralité, une diminution de la qualité du travail fourni, l'irrespect des temps de travail, les conséquences sur la santé physique et mentale, l'incitation à la délinquance ainsi qu'une perte de motivation au travail (Ogien, 2017).

Tous ces impacts potentiels doivent préoccuper la direction, ainsi que la ligne hiérarchique. Ils se doivent d'agir et de ne pas tomber dans ce qu'on appelle la « Politique de l'autruche », qui a été définie par Sigmund Freud comme étant le refus de prendre une partie de la réalité en considération alors qu'elle représente un risque. À la suite d'un entretien que nous avons réalisé avec une neuropsychologue (Audrey Silvestri- entretien réalisé par téléphone le 7 mai 2020) travaillant en milieu hospitalier ainsi que dans un centre spécialisé pour l'accompagnement des dépendances, on peut constater que dans la pratique c'est bien souvent ce qu'il se passe. Par

manque de preuves concrètes ou par l'aspect ambigu des assuétudes (caractère privé, etc), il n'y a bien souvent pas d'action prise par la direction si un problème d'assuétude est évoqué. Il faut donc réagir pour gérer le problème mais sans surréagir de peur de « braquer » les travailleurs qui cacheraient d'autant plus leurs problèmes sans les régler.

Nous avons trouvé 2 points, que nous détaillerons ci-après, qui justifient que l'employeur, ainsi que toute la ligne hiérarchique s'intéressent à la problématique des assuétudes au travail.

Dans une première partie, il s'agit d'une question de **performance au travail**. Il a été prouvé qu'un employé travaille mieux et est plus performant lorsqu'il se porte bien et que son bien-être est optimal. Dans une seconde partie, l'employeur se doit de réagir lorsque des tensions impactent les relations au travail. Ce qui est le cas ici car les personnes présentant des assuétudes sont caractérisées par des stéréotypes et stigmatisées. Cette stigmatisation engendre une exclusion des personnes en question et une série de discriminations envers elles. Ces discriminations ne sont clairement pas bénéfiques pour l'employeur et il doit veiller à ce que le climat de travail au sein de son entreprise soit bienveillant et non-discriminatoire.

a) La performance au travail

La **substance** en elle-même va avoir des impacts sur le travail. En effet, les substances psychoactives vont rendre l'individu apathique, moins productif, plus lent. Un taux d'absentéisme plus élevé que la normale peut en découler. C'est donc dans l'intérêt de l'employeur de prendre les mesures adéquates pour prévenir ces assuétudes ainsi que de les limiter. Néanmoins, c'est également la responsabilité de l'employeur d'être vigilant aux conditions dans lesquelles se trouvent ses employés pour exercer leur travail.

Effectivement, la consommation de substances psychoactives rend bien souvent beaucoup moins attentif. On prête moins attention aux précautions nécessaires pour certaines tâches, ce qui augmente le risque d'accident. Il est très compliqué d'estimer le rôle de la prise de substance dans les potentiels accidents de travail. Cependant, selon certaines analyses de l'Association Française d'Etude des Déviations et de leurs Conséquences sur l'Aptitude Physique, (AFEDCAP), 15 à 20% des accidents de travail seraient en lien avec un abus de consommation de « modificateurs de consciences ». Ceci rentre dans le champ de la sécurité au travail qui est

sous la responsabilité de l'employeur. En effet, la responsabilité de l'employeur peut être engagée si ses employés causent des dommages à des tiers.

D'autre part, la **consommation abusive** va déconcentrer la personne de son travail. Le comportement addictif qui enferme l'individu dans un état obsessionnel de consommation a également un impact sur le travail en termes de qualité et de quantité. Pouvoir se procurer sa dose va devenir la préoccupation numéro 1 de l'individu en délaissant tout le reste, y compris son travail (Maxence & Trarieux, 1998). C'est d'ailleurs une des caractéristiques pour parler de dépendance : une préoccupation centrale qu'est la consommation et la négligence de tout le reste, son travail, sa famille, ses amis ... (Karila, 2016). Il est donc dans l'intérêt de l'employeur de veiller à ce que chaque travailleur soit en état d'exercer son travail à 100%. L'entreprise ne peut nier l'usage des substances car sa responsabilité est mise en cause lorsque la santé ou la sécurité des salariés sont mises à mal (Clavel-Fauquenot, Rigaud, 2007 ; Verkindt, 2015 ; Toxibase, 2004).

b) Les discriminations au travail :

Le deuxième '*paper*', sous la direction de Madame Stéphanie Demoulin s'intéresse à la façon dont les travailleurs présentant des assuétudes sont perçus au sein de leurs activités professionnelles. Dans celui-ci, il a été constaté que ces travailleurs sont régulièrement stigmatisés et discriminés. Ils subissent régulièrement des préjugés, des stéréotypes qui conduisent à des discriminations. Ces discriminations ont un réel impact, non seulement sur la santé psychologique du travailleur mais également sur le climat de l'environnement de travail qui impacte négativement la qualité du travail fourni. La législation s'est donc intéressée aux discriminations vécues en entreprises à travers le Code du Travail qui détermine de nombreux aspects discriminants et les interdit. Ces critères de discrimination peuvent être des pensées, des états, ou encore des caractéristiques qui sont toutes propres à chacun. Les assuétudes rentrent tout à fait dans ces critères car on sait que ce sont des comportements propres à un individu modifiant son état (Karila, 2008).

Ces dispositions législatives quant aux discriminations imposent aux entreprises de prendre les mesures nécessaires concernant la gestion du personnel (Falcoz, 2016). Il est vrai qu'un mauvais climat de travail a de nombreux impacts tant sur le travail que sur les individus (Fig. 1).

D'une part, au **niveau de l'organisation**, un mauvais climat entraîne une baisse de l'efficacité, une augmentation des absentéismes, des roulements importants des équipes, des remises en question, des questionnements d'éthique professionnelle ... Dès lors, le climat pesant nécessite d'intervenir.

D'autre part, cela engendre également des **conséquences sur l'individu** telles que du stress, une baisse de la performance au travail, des risques au niveau de la santé et de la sécurité... Cela peut même mener à des accidents de travail (Brunet, 2016).

Ces différentes conséquences ont également un coût pour l'entreprise, difficile à estimer. C'est donc dans l'intérêt et dans les obligations de l'employeur de faire en sorte que ces conséquences ne se réalisent pas. Il est donc important de **transposer cela en objectif(s) interne(s) pour l'entreprise**. Pour ce faire, il a tout intérêt à aller à la source des problèmes et de faire en sorte que des discriminations n'aient pas lieu ou du moins de les réguler (Maxence & Trarieux, 1998).

Réguler des processus de stigmatisations où règnent préjugés et stéréotypes, qui donnent lieu à ces discriminations, n'est pas chose aisée et surtout n'a que peu de sens si la source de cette stigmatisation n'est pas prise en considération. Il est dès lors, plus judicieux pour l'employeur de s'intéresser à **comment réguler l'essence même de ces discriminations, c'est-à-dire les problèmes d'addictions**. L'employeur doit donc partir de ce qu'il peut/ doit faire dans le cadre des addictions. Il doit également vérifier que les prérogatives de chaque acteur soient bien mises en pratique. En effet, la problématique des assuétudes au travail fait intervenir de nombreux acteurs de l'entreprise. Nous détaillerons les rôles de chacun dans le chapitre suivant.

De plus, la gestion de cette dépendance sur le lieu de travail est d'autant plus délicate que ces **assuétudes ne sont pas toujours visibles**. Bien souvent, l'image répandue dans la société des personnes souffrant d'assuétudes ne correspond pas à l'image que renvoient vraiment les personnes dépendantes. « *Quelque chose nous trouble (...) : c'est l'incapacité dans laquelle nous nous trouvons de concevoir qu'un individu qui consomme des stupéfiants en quantité importante puisse également mener, sans trouble majeur, une activité quotidienne exigeante qui ne soit pas totalement marquée par les immanquables ravages de la drogue (irresponsabilité, méfiance, ostracisme, clochardisation, etc.)* » (Ogien, 2017, p.3).

En conclusion, les assuétudes ne sont que très rarement et difficilement étudiées au sein d'une activité professionnelle. Néanmoins, il est dans l'intérêt de l'employeur de parvenir à les prévenir ainsi que de les limiter afin de garantir un travail de qualité de la part de ses employés. Elles ne seront donc plus une fatalité et pourront être encadrées pour permettre au travailleur de produire un travail qualitatif et de s'en sortir. Il est important de casser le tabou qui entoure la dépendance pour apporter enfin des pistes de solution concrètes.

Cela étant dit, il est crucial pour l'employeur d'agir 'en tant que personne prudente et raisonnable' de façon éthique et sans jugement.

Chapitre II. Analyses des différents dispositifs existants :

Le terme « dispositifs » reprend 2 aspects : d'un côté des personnes-clés qui ont toutes un rôle important à jouer dans l'organisation pour encadrer la problématique des assuétudes. Ces **acteurs** sont l'employeur, le Conseiller en prévention, le Conseiller en prévention-médecin du travail et le Comité pour la Prévention et la Protection du Travail (CPPT). Nous passerons en revue ces différents acteurs dans une première partie.

Ensuite, nous envisagerons les **actions** qui sont prévues pour prévenir, détecter et limiter des assuétudes. Il existe des dispositifs obligatoires comme le contrat de travail ou le règlement de travail qui apportent des éléments pour encadrer la problématique des assuétudes en interdisant la consommation de substances sur le lieu de travail ou en définissant des objectifs et des horaires précis, par exemple. D'autres dispositifs peuvent être ajoutés comme des dépistages, des examens médicaux, des tests d'haleine etc. Cependant, nous verrons qu'ils sont soumis à des restrictions et ne peuvent être utilisés que dans certains cas.

Il est important de souligner que les acteurs et les actions détaillées ci-dessous sont les plus évoqués dans les dispositions et la littérature. Ils ne constituent donc pas une liste exhaustive.

Les acteurs intervenant dans l'entreprise concernant la gestion des assuétudes

Comme dit précédemment, il est important d'agir pour ne rien laisser impuni mais il convient de trouver la réaction adéquate pour ne pas non plus tomber dans la surréaction qui encouragerait la dissimulation de comportements par peur. La toute première étape est d'évaluer l'ampleur et la dangerosité de la consommation. Rappelons-le, il y a 3 types de consommation : la consommation occasionnelle, qui est assez bénigne en soi, la consommation abusive qui augmente les risques de dépendance et une dépendance qui est dangereuse et caractérisée par des conséquences physiques et psychologiques. Il convient donc que chaque acteur adapte sa réaction à la situation rencontrée (Maxence & Trarieux, 1998). Chaque partie a des obligations afin de garantir un travail de qualité et dans de bonnes conditions. De plus, la Convention Collective du Travail n°100, qui traite de la consommation de substances en

entreprise, stipule bien qu'elle s'applique à toutes les personnes de l'entreprise, peu importe sa fonction ou sa supériorité hiérarchique. Cependant, il n'est pas interdit d'établir certaines règles spécifiques en matière de consommation de substances pour certaines fonctions particulières. Cela a pour but d'enrayer une certaine culture d'entreprise. En effet, un problème récurrent dans de grosses sociétés est d'exercer une pression sur les travailleurs qui vont alors se tourner vers des substances dopantes pour tenir le coup (Hautefeuille, 2018). De plus, la culture d'entreprise joue effectivement un rôle important dans la consommation de substances comme le montre cette enquête (Corral, Duran & Isusi, 2012) qui relate que 32% des entreprises dans certains pays autorisent la consommation d'alcool lors des repas au travail et cela n'est rien comparé au pourcentage qui l'autorisent lors de réceptions spéciales qui se chiffrent à 60-70%. Prendre des mesures pour endiguer les assuétudes au travail ne peut s'effectuer qu'avec l'aide et l'intervention de la direction et celle des différents acteurs qui interviennent également en entreprise.

Cette nécessité de responsabiliser chacun de ces acteurs dans le rôle qu'il a à jouer dans la gestion de la problématique des assuétudes part de l'assimilation des conduites addictives comme étant une question de santé au travail (Lutz, Arguillère, Barbaste, et al., 2018). En effet, les substances psychoactives sont considérées comme étant dangereuses et entraînant des conséquences sur la santé et la sécurité au travail (Rosenzweig, 1998 ; Kopp & Fenogli, 2006 ; Reynaud, 2013).

a) L'Employeur

Les employeurs ont tout intérêt à s'intéresser à cette problématique car les impacts au sein de l'entreprise sont nombreux. Outre l'absentéisme et les comportements abusifs déjà cités ci-dessus, les accidents au travail sont très nombreux et peuvent être favorisés avec une consommation abusive d'alcool et de drogue selon l'Organisation internationale du travail. En effet, selon une de leurs études qui a été menée en 2013, l'alcool serait impliqué dans 40% des accidents de travail. En outre, les accidents peuvent nuire d'une part aux travailleurs et d'autre part aux équipements de travail. Cela représente des coûts certains pour l'entreprise comme le montre une étude menée en 2006 (Anderson & Baumberg, 2006). En Belgique, les coûts liés à des consommations d'alcool en entreprises se chiffrent à 2,2 milliards d'euros.

L'employeur joue un rôle prépondérant dans la gestion de la problématique des dépendances au travail par son obligation et sa responsabilité envers la politique de bien-être au sein de son entreprise selon l'article 1.2-2 du Code de bien-être au travail et l'article 5 de la directive 89/391/CEE. En ce sens, il est prévu aux articles 4 et 5 de la loi du 4 août 1996 et dans l'article 6 de la directive 89/391/CEE, l'obligation pour les employeurs de prendre des mesures afin de garantir le bien-être des travailleurs dans l'exécution de leur fonction. De plus, l'employeur sera chargé de s'assurer du respect de ce cadre juridique en établissant des mesures d'accompagnement (Cass., 15 juin 2015, pas., I., p.1570) et d'évaluer l'efficacité de la politique préventive de consommation de certaines substances psychoactives. Il est alors épaulé par le CPPT et la ligne hiérarchique (art.14 de la CCT n°100).

Il est également prévu, aux articles 1.2-15 du Code du bien-être, l'obligation pour l'employeur de prendre des mesures adaptées notamment pour organiser l'accueil de chaque travailleur.

Ainsi, le paragraphe premier de l'article 4 de la loi du 4 août 1996 dispose :

« Le Roi peut imposer aux employeurs et aux travailleurs toutes les mesures nécessaires au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Le bien-être est recherché par des mesures qui ont trait à :

- 1° la sécurité du travail;
- 2° la protection de la santé du travailleur au travail;
- 3° les aspects psychosociaux du travail;
- 4° l'ergonomie;
- 5° l'hygiène du travail;
- 6° l'embellissement des lieux de travail;
- 7° les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement, pour ce qui concerne leur influence sur les points 1° à 6°.
- 8° (...) »

Afin d'appliquer toutes les mesures prises concernant le bien-être au travail, les acteurs peuvent compter sur le **Service Interne pour la Prévention et la Protection au Travail (SIPPT)**. Constituer ce Service Interne est une obligation pour l'employeur sauf s'il y a moins

de 20 personnes qui travaillent au sein de l'entreprise (art. 33§ 1 de la loi du 4 août 1996), sous peine de se voir attribuer une sanction de niveau 3 comme prévu au point 1 de l'article 128 du Code pénal social. De plus, selon l'article 33, paragraphe 2 de la loi du 4 août 1996, « si le service interne pour la prévention et la protection au travail ne peut exécuter lui-même toutes les missions qui lui ont été confiées, l'employeur doit faire appel à un **service externe pour la prévention et la protection au travail agréé (SEPPT)** ». Ce service, composé de conseillers en prévention, est organisé en 2 sections : une section chargée de la gestion des risques et une section chargée de la surveillance médicale (art. II. 3-27 du Code de bien-être au travail).

La section qui s'occupe de la gestion des risques traite de divers domaines tels que la sécurité du travail, la médecine du travail, l'ergonomie, l'hygiène et les aspects psychosociaux (art. II. 3-29 du Code du bien-être au travail). Alors que celle qui s'occupe de la surveillance médicale est chargée de surveiller la santé des travailleurs. Elle est dirigée par un conseiller en prévention-médecin du travail qui doit donc être diplômé en médecine du travail (art. II. 3-32 du Code du bien-être au travail). Ce dernier, que nous développerons ci-après, joue un rôle primordial dans la surveillance de la santé des travailleurs. Cette notion est définie à l'article I.1-4, 6° du Code du bien-être au travail comme étant un ensemble d'actes médicaux préventifs.

Les assuétudes s'inscrivent donc dans cette logique de recherche de bien-être au travail. Ce bien-être peut, dès lors, être impacté par les assuétudes. En effet, les addictions entraînent des conséquences néfastes sur la santé et la sécurité de la personne. Nous avons vu qu'abuser de substances psychotropes peut mener à des comportements dangereux pour soi-même et pour autrui (Fontaine, 2017). Les facultés cognitives de la personne sont modifiées. Elle n'a donc plus toutes ses capacités de réflexion (Bègue, 2016). La sécurité du travail peut être altérée par des conduites addictives. Comme vu précédemment, les addictions sont caractérisées par une perte de contrôle et une perte de liberté. Une certaine dangerosité peut émaner des comportements addictifs. Ces dangers peuvent concerner la personne en elle-même ou son entourage (Widiger, 1994). De plus exercer certaines tâches sous influence, comme conduire un véhicule ou manipuler une machine, peut représenter un grand danger (Karila, 2008).

En d'autres termes, l'employeur a un rôle central dans la gestion des assuétudes. Comme vu dans le chapitre 1, il est de sa responsabilité et dans son intérêt de tout mettre en œuvre pour prévenir, détecter et limiter les assuétudes. Par définition, il a dès lors des prérogatives pour imposer certains dispositifs selon le règlement. Il peut également affecter des rôles aux

personnes adéquates. C'est lui qui prendra la **décision finale** et qui devra assumer la responsabilité de ses choix. Il est donc nécessaire qu'il ait fait tout ce qui était en son pouvoir dès le début.

b) Conseiller en prévention

Si le conseiller en prévention constate un problème lié à une consommation de substance au travail, il doit informer le travailleur de l'aide disponible au sein de l'entreprise ainsi que des services externes tels que son médecin ou encore des services spécialisés. S'il obtient l'accord du travailleur, et que ce dernier est incapable d'entamer les démarches de lui-même, il peut prendre contact directement avec lesdits services d'aide. Selon l'article 13 de la CCT n°100, les conseillers en prévention doivent pouvoir exercer leur fonction dans un cadre idéal. C'est à l'employeur que revient la charge de s'assurer que ce soit le cas dans son entreprise.

c) Conseiller en prévention-médecin du travail

Il s'agit du conseiller en prévention-médecin qui récolte les informations à caractère personnel des travailleurs lors des examens médicaux de prévention qu'il est autorisé à faire (art. I.4-14 du Code du bien-être au travail). Ces données sont reprises dans le dossier santé, comme prévu dans l'article I.4-85 du Code de bien-être au travail. Il est à noter que la loi du 30 juillet 2018 impose des dispositions qui permettent de respecter la vie privée du travailleur concernant ces données personnelles. Cette loi a d'ailleurs abrogé celle du 8 décembre 1992 (art. 280 de la loi du 30 juillet 2018). De plus, le travailleur a le droit de savoir si des données le concernant sont traitées. Si tel est le cas, il en a un droit d'accès (art. 15 du RGDP). Cette information peut être donnée par son professionnel de la santé (art. 9 de la loi du 22 août 2002).

La surveillance de la santé au sein d'une entreprise joue un rôle clé pour la prévention des risques (art. I.4-2 du Code de bien-être au travail). Selon ce même article, cette surveillance permet au conseiller en prévention-médecin de « renseigner et conseiller les travailleurs sur les affections ou déficiences dont ils seraient éventuellement atteints » (point c de l'art. I.4-2 du Code de bien-être au travail). Ce dernier peut contacter le médecin personnel du travailleur pour lui faire part de constatations faites sur celui-ci lors de la surveillance de la santé (art. I.4-95 du

Code de bien-être au travail). Cependant, pour ce faire, l'accord du travailleur est nécessaire ou cela doit faire l'objet de sa demande (art. I.4-95 §1 du Code du bien-être au travail).

De plus, selon l'article I.4-23 du Code du bien-être, le conseiller en prévention-médecin du travail est tenu au secret professionnel. Enfin, il est prévu à l'article 43 de la loi du 4 août 1996 que « Les conseillers en prévention remplissent leur mission en toute indépendance vis-à-vis de l'employeur et des travailleurs. Ils ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités en tant que conseillers en prévention ».

Il est à noter que, selon le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, le conseiller en prévention-médecin du travail doit agir de façon indépendante par rapport à l'employeur et au travailleur.

Son rôle est d'autant plus important car la reconnaissance des assuétudes comme étant une maladie est au cœur des débats. En effet, de nombreux chercheurs abordent la question de la médicalisation des assuétudes, sans réel consensus. D'un côté, on va reconnaître que les addictions sont une maladie ce qui inscrit la personne dans une logique de déculpabilisation. Cette reconnaissance est faite dans les services d'aide par exemple (Peele, Bufe & Brodsky, 2000). D'un autre, pour qu'on reconnaisse qu'un problème est une maladie, il faudrait un certain schéma, des symptômes précis etc. Or ce ne serait pas le cas avec les addictions (Amnon, 2008).

d) Comité pour la Prévention et la Protection au Travail

Comme énoncé dans l'article 14 de la CCT n°100, le Comité pour la Prévention et la Protection au Travail est chargé d'épauler l'employeur dans la politique préventive de consommation de substances. Constituer un CPPT est une obligation pour l'employeur ou son mandataire dans les entreprises composées d'au moins 50 travailleurs, sous peine d'une sanction de niveau 3, selon le Code pénal social.

Le CPPT joue un rôle dans la gestion de problème d'addiction. En effet, selon l'article 6 de la CCT n°100 :

« Le comité pour la prévention et la protection au travail et le conseil d'entreprise doivent, dans les limites de leurs compétences respectives, recevoir l'information et donner un avis préalable sur les différentes mesures que l'employeur prend en application de l'article 3,

§§ 3 et 4 ainsi que, le cas échéant, sur la possibilité d'appliquer des tests de dépistage d'alcool ou de drogues dans l'entreprise ».

Tout d'abord, une politique de prévention de consommation de substance se met en place lorsqu'une déclaration de politique ou d'intention est présentée. Dans cette déclaration, doivent se trouver les grandes idées souhaitées et l'objectif de la politique. C'est l'employeur qui soumet ces derniers au CPPT dans le but d'atteindre un consensus comme le stipule l'alinéa 3 de cet article 6, nécessaire au bon déroulement de la suite de la procédure. Des règles concernant l'usage -ou non- de substances, rédigées par l'employeur pour l'ensemble du personnel (art. 3 §4 de la CCT n°100) intégreront le règlement de travail, conformément à l'article 8 de cette CCT.

En plus des missions qui allouent au CPPT le droit et l'obligation de donner un avis sur plusieurs thématiques (art.6 de la CCT n°100), ce dernier est également chargé d'émettre des propositions spontanées. Ces propositions concernent de nombreux domaines et notamment la prévention du tabagisme ainsi que la conciliation de la vie professionnelle et privée (art. II.7-8 du Code du bien-être au travail). Il doit aussi donner son accord préalable concernant de nombreuses prises de dispositions, comme celles touchant les travailleurs qui peuvent/doivent être soumis à une surveillance (art. I.4-7, paragraphe 1 du Code du bien-être au travail). Cette surveillance particulière concerne principalement les postes de sécurité, de vigilance et les postes au sein d'activités à risque (art. I.4-1, I.4-3 du Code du bien-être au travail). De plus, il doit mettre en œuvre des « *mesures concernant l'accueil des travailleurs, l'information et la formation à la prévention et à la protection au travail* » (art. II.7-5 du Code du bien-être au travail). Enfin, il doit désigner une délégation qui, en cas de risques graves ou à la demande d'au moins un tiers de la délégation des travailleurs au Comité, se rend directement sur place (art. II.7-11 du Code du bien-être au travail).

Les actions intervenant dans l'entreprise concernant la gestion des assuétudes

Ces acteurs sont les plus abordés dans la littérature et les dispositions afin de rappeler leur rôle dans la gestion des assuétudes. En effet, ils ont chacun, un rôle à jouer par leur intervention dans la surveillance de la santé, de la sécurité ou du bien-être au travail. Cependant, on pourrait se demander si le rôle qui leur est attribué dans les règlements d'entreprises, dans les lois, les CCT est suffisant pour contrer le problème des assuétudes au travail. Pour tenter de répondre à cette question, nous nous intéresserons aux actions dont l'entreprise dispose pour prévenir et limiter les assuétudes. Nous aborderons ici les actions de sensibilisation et de prévention ainsi que les tests de dépistage. Comme l'indique le Service public Fédéral, Travail, Emploi et Concertation Sociale, ces derniers peuvent prendre la forme d'examens médicaux, de tests d'haleine, tests urinaires, de prises de sang ...

a) Sensibilisation et Prévention :

Tout d'abord, la première des actions à mettre en œuvre dans une entreprise afin de limiter les assuétudes est la prévention. La CCT n° 100 précédemment explicitée aborde différents dispositifs afin de limiter les assuétudes. En effet, elle a pour objectif de permettre au travailleur de poursuivre son travail dans de bonnes conditions. Pour ce faire, elle propose des mesures de prévention, en amont afin d'empêcher, voire de limiter, des comportements allant à l'encontre du bon déroulement du travail.

Il est donc important d'établir une politique de prévention en matière d'alcool et de drogue au sein des entreprises. Elle doit suivre deux axes :

- Faire partie d'une politique intégrale en matière de santé et de sécurité
- S'inscrire dans une politique globale du personnel : chacun doit être sensibilisé

Cette politique, détaillée dans la CCT n°100, doit être créée en concertation avec de nombreux acteurs tels que le CPPT, le conseil d'entreprise et la ligne hiérarchique et doit respecter quatre piliers :

1. L'information et la formation :

Il est important que chaque travailleur sache clairement ce qui est attendu de lui et qu'il soit en mesure de contacter les personnes compétentes en cas de problème.

2. Les règles :

Elles représentent des limites à ne pas franchir pour prévenir les comportements liés à une surconsommation problématique.

3. Les procédures en cas d'abus aigus et chroniques :

Donner un cadre afin que chacun soit libre de réagir si un constat d'un problème lié à une consommation de substances est fait.

4. L'assistance :

Une aide qui respecte la vie privée et la confidentialité doit être proposée à tout un chacun.

Ces quatre piliers s'accompagnent d'une valeur fondamentale : la transparence. Cette notion doit être respectée tout au long des diverses possibilités d'actions, mises en place dans la politique de prévention en matière de drogue et d'alcool, reprises dans les articles 6,8 et 14 de la Convention Collective de Travail.

De plus, l'entreprise peut également lancer une campagne de sensibilisation pour prévenir les problèmes liés aux assuétudes.

La prévention est primordiale et vise à réduire les risques et les dommages pour la personne mais également pour tout son environnement. Pour mener à bien une prévention, il est recommandé de revaloriser les compétences psychosociales des individus. Pour ce faire, il est suggéré de responsabiliser la personne quant à ses comportements addictifs. En effet, comme vu précédemment, un aspect central dans la définition des addictions est cette perte de contrôle sur ses comportements. L'idée ici, est d'aller en amont, et réapprendre à la personne à trouver un contrôle sur ses actions et ses choix. Ce travail en amont a pour but d'aider la personne à trouver un équilibre entre les effets qu'elle recherche et garder une certaine liberté d'action. Ceci nécessite au préalable de bien définir la pénalisation et la part de médicalisation dans les assuétudes. Dès lors, la priorité est mise dans de l'éducation préventive ainsi que dans une intervention précoce afin d'établir une prévention durable dans le temps (Beck, Couteron & Obradovic, 2016).

b) Tests de dépistage

Tout d'abord, les tests de dépistage permettent de détecter scientifiquement des problèmes de consommation de substances chez un individu. En effet, les assuétudes n'étant pas quelque chose de visible physiquement, il est très difficile de détecter véritablement des assuétudes si l'on n'effectue pas un test de dépistage. Ils peuvent prendre diverses formes : des examens médicaux, des prises de sang, des tests salivaires ou d'haleine ...

Cependant, réaliser des tests de dépistage en milieu professionnel n'est pas chose aisée. Il faut respecter **certaines dispositions**. L'article 3 de la loi du 28 janvier 2003 autorise la mise en place de ce genre de tests, cependant cet article s'applique seulement si l'employeur a pris les dispositions décrites au paragraphe 4 de l'article 3 de la CCT n°100. Ce dernier rédige des règles générales délimitant la consommation (ou non) d'alcool et de drogue au travail, les procédures à suivre si un problème en lien avec une consommation de substances survient et met en place une méthode de travail. De plus, soumettre ce test à un employé doit avoir été autorisé dans le règlement (Robinaud, 2017). Ces dispositions doivent être précisées dans le règlement de travail. Ces dernières peuvent traiter de la nature des tests, des groupes de travailleurs qui peuvent être soumis à ces tests, aux procédures pour la mise en place, les personnes compétentes, les moments adéquats et les possibles conséquences, comme nous l'annonce le site du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale.

En Belgique, cette Convention Collective de Travail n°100 traite de la question des tests de dépistage. Selon l'article 4 de cette convention, les tests de dépistage sont autorisés seulement à titre préventif et ne peuvent servir d'unique appui pour une éventuelle sanction. Ils sont donc loin d'être obligatoires et doivent être adéquats, pertinents et non excessifs. Ils sont principalement destinés aux fonctions de sécurité (c'est-à-dire « qui comportent une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers ») (Fontaine, 2017). De plus, comme indiqué dans cet article 4, ces tests ne peuvent avoir d'autres finalités que vérifier la conformité du candidat pour la fonction qu'il doit occuper. Ce test doit être justifié par la nature du travail confié à l'employé. Par exemple, il pourrait être d'application si effectuer le travail confié avec un comportement d'ivresse ou désinhibé était susceptible d'exposer les autres personnes ou le matériel à des risques ou des dangers. Ces dangers pourraient dès lors mener à des fautes (Robinaud, 2017).

La loi Mahoux du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail dispose que les examens médicaux et les tests biologiques visant à récolter des informations sur la santé du travailleur doivent être justifiés par des caractéristiques spécifiques du poste.

Regardons d'ailleurs différents exemples qui appuient cela : la Cour européenne des droits de l'Homme, dans un arrêt du 7 novembre 2002, a validé l'ajout d'une clause dans le règlement intérieur d'une compagnie maritime qui autorise le dépistage aléatoire auprès du personnel. En effet, il a été décrété que pour maintenir la sécurité d'un ferry, son équipage devait être capable d'effectuer correctement toutes ses tâches, y compris les missions de sauvetage. La nature du travail justifiait dès lors l'autorisation d'effectuer des dépistages aléatoires. Un autre exemple est celui d'un deuxième arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme rendu le 9 mars 2004. Celui-ci prévoyait l'obligation pour les membres du personnel de nettoyage d'une centrale nucléaire, de se soumettre à un test de dépistage urinaire. En effet, leur fonction était jugée à risque. Cette mesure permettrait donc de garantir la sécurité de la centrale nucléaire.

Enfin, les résultats de ces tests ne peuvent pas être traités comme données personnelles. Ils doivent être effectués dans le respect de la vie privée au travers de principes de « finalité, de proportionnalité et de transparence » (art. 4, al. 1^{er} de la CCT n°100).

Les tests de dépistages représentent un réel **dilemme**. D'un côté, ils permettraient de surveiller la sécurité des travailleurs au sein d'une entreprise. Néanmoins, d'un autre côté, la question des libertés individuelles est mise en avant. Un entre-deux semble apparaître dans le respect de la proportionnalité du test par rapport à la gravité des comportements détectés, ainsi que le respect de certaines dispositions comme notamment celles précédemment abordées dans le CCT n°100.

En effet, bien que l'employeur ait l'obligation de tout mettre en œuvre pour maintenir la sécurité de ses employés, ces tests doivent respecter certaines conditions. Tout d'abord, l'employé doit avoir la possibilité de contester les résultats, de demander une contre-expertise ou encore de demander la présence d'une tierce personne (Robinaud, 2017).

Ensuite, la prise de stupéfiants concerne la vie privée des travailleurs. Contrôler sa consommation, par le biais de dépistage, constitue une entrave aux libertés individuelles et donc

une entrave à l'éthique (Fontaine, 2017). Le droit à **la vie privée** des travailleurs est fondamental en Belgique et est abordé dans de nombreuses dispositions :

- Article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.
- Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques
- Article 22 de la Constitution belge
- Article 2 de la loi relative à la protection des données à caractère personnel
- Article 7 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

Ces nombreuses dispositions viennent défendre les droits et libertés des individus. A ce titre, de nombreuses jurisprudences sont d'application pour garantir les libertés individuelles de chacun dans une thématique si délicate que les assuétudes. Il est donc recommandé de trouver le juste milieu entre respecter la vie privée des travailleurs et permettre à l'employeur d'avoir des moyens de contrôler que les employés remplissent correctement les fonctions pour lesquelles ils ont été engagés. Selon le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale, en principe l'employeur doit prêter attention au respect de ces trois principes, précédemment abordés :

- Le principe de finalité : Un but légitime devrait être invoqué selon certaines circonstances concrètes comme la nature de l'entreprise, la fonction du travailleur...
- Le principe de proportionnalité : l'employeur se doit de vérifier s'il n'y a pas d'autres solutions possibles, moins invasives, pour atteindre le même but
- Le principe de légalité : Normalement, s'immiscer dans la vie privée d'un travailleur n'est pas légitime. Seules des normes, des lois, des règlements... peuvent prévoir la possibilité de répondre à ce principe. En l'espèce, la possibilité d'effectuer un test de dépistage est étudiée dans la CCT n°100.

Enfin, une autre question est évoquée, celle de la nature même des tests. Certaines personnes semblent critiquer et repérer certaines contradictions dans les tests de dépistage. Dès lors deux questions apparaissent : les dépistages *doivent-ils* être mis en place dans l'entreprise et quelles personnes pourraient les mettre en place au sein de l'entreprise en question ?

Pour ce qui est de la première question, bien que l'employeur ait un devoir de garantir la sécurité et la santé de ses employés, ainsi que les points abordés dans le dernier titre du chapitre I. (à savoir pourquoi l'entreprise devrait agir dans la problématique des assuétudes au travail), il est important de noter certains points d'attention. Lorsqu'on reprend l'article 4 de la Convention Collective de Travail, on apprend que ces tests doivent être consentis par le travailleur et ne peuvent pas constituer un facteur de **discrimination** entre travailleurs. Cette non-discrimination est d'application autant lors de l'embauche de nouveaux employés qu'au cours de leur exécution de contrat au sein de l'entreprise. En effet, discriminer sur l'état de santé d'un travailleur fait partie d'un des 21 critères protégés contre les discriminations, établis dans le Code Pénal. Selon les articles 7 et 8 du décret du 6 novembre 2008 :

« Toute distinction directe fondée sur l'un des critères protégés constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires.

Art. 8. § 1er. Par dérogation à l'article 7, et sans préjudice des autres dispositions du présent titre, une distinction directe fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, la conviction religieuse ou philosophique, ou un handicap dans les domaines visés à l'article 5, § 1er, 4°, 5°, et 7°, peut uniquement être justifiée par des exigences professionnelles essentielles et déterminantes. »

Pour ce qui est de la deuxième question, le choix de la personne susceptible d'être habilitée à faire passer ce genre de tests a longtemps été débattu. Trouver le juste équilibre entre prendre en considération la santé des employés et réprimander les consommations abusives de substances a été notamment abordée dans la loi française de 1970.

En Belgique, c'est le conseiller en prévention-médecin qui récolte les informations à caractère personnel des travailleurs lors des examens médicaux de prévention qu'il est autorisé à faire.

Fiabilité des tests ?

Une intoxication à certaines substances peut seulement être détectée par des preuves directes comme les tests d'haleine ou les prises de sang qui constituent des données objectives et représentatives d'un taux de substances dans le sang. L'objectif de ces tests est donc d'avoir

une indication et non une certitude. C'est dans ce sens qu'une prise de décision quant à une possible sanction n'est pas valable sur seule base de ces tests (Brissonneau, Aubel & Ohl, 2008). Ils ne sont 'que' des moyens de détecter un excès de consommation à un moment précis. Celui-ci manque de subjectivité et ne sait pas prendre en compte tout le passif de la personne ou les raisons qui l'ont amenée à être dans un tel état (Robinaud, 2017). Ils ne peuvent être utilisés seulement dans l'optique de mener à bien une prévention ou de vérifier l'aptitude pour le travail. L'employeur ne peut dès lors pas infliger une quelconque sanction à ses employés en se basant uniquement sur ces résultats, comme le dit le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale.

De plus, on sait que les addictions résultent d'une combinaison entre l'individu, la substance et le contexte dans lequel il évolue (Lutz, 2018). Le contexte peut représenter de nombreux milieux, mais dans ce mémoire, nous conviendrons que le travail intervient dans cette combinaison comme étant le contexte. Dès lors, il conviendrait que l'entreprise s'assure qu'elle ne représente pas la source du mal-être de l'employé et le poussant à adopter une consommation excessive. En effet, certains critiquent les tests de dépistage car ils permettraient aux entreprises de se dédouaner de leurs responsabilités. Certains pensent que le travailleur serait alors vu comme responsable de sa consommation excessive même si celle-ci pouvait résulter d'un mauvais fonctionnement de l'entreprise (trop de pression, événements ...). Ceci n'est qu'une supposition et représente une des critiques émises à l'encontre des tests de dépistage en entreprise (Robinaud, 2017).

Une autre critique sur les tests de dépistage est le manque de sensibilité de ces tests. En effet, ils permettent simplement de voir s'il y a présence de certaines substances dans l'organisme du travailleur **à un moment précis**. Cependant, ils ne permettent pas de faire la distinction entre une consommation occasionnelle ou une dépendance. Comme nous l'avons vu, il existe trois types de consommation : l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance. Ces trois types n'ont pas les mêmes impacts (Laqueille & Liot, 2009). Il est donc important de pouvoir faire cette distinction en entreprise afin d'agir de la manière la plus adéquate possible.

De ce fait, il est nécessaire de prendre des mesures adaptées à la situation. Il existe de nombreuses logiques de consommation, avec de nombreuses raisons qui poussent les personnes à consommer. Celles-ci doivent donc être considérées *in concreto*, c'est-à-dire au cas par cas.

Pistes envisageables

Le contexte social dans lequel les personnes dépendantes évoluent devrait être pris en compte. Un autre modèle d'accompagnement essentiellement basé sur le fait de **propager une sensibilisation théorique** existe en France. Ce modèle est encouragé notamment par le décret du 19 décembre 2005 définissant les missions des Centres d'accueil et d'accompagnement à la Réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD). Cet accompagnement vise seulement à prodiguer des conseils et informer sur les choses à faire et à ne pas faire.

Cependant, le problème qui se pose lorsqu'on propose seulement cette démarche est de 'rabaisser' l'avis et le savoir-faire de la personne dépendante. L'écoute devient seulement un moyen pour détecter les comportements et orienter les personnes dépendantes vers une prise en charge souvent médicale. Tenter de comprendre la personne ainsi que sa routine de consommation n'est alors malheureusement plus au programme dans ce type d'écoute. Il semble qu'amener la personne à réfléchir par elle-même sur sa consommation serait plus pertinent. Le décret Reynaud (2013) ne prend pas en compte que l'efficacité de tels dispositifs a également pour but de limiter les discriminations envers les personnes dépendantes. Il faudrait également cesser de voir les usagers comme des personnes dépossédées de toute conscience (Hoareau, 2016).

De plus, **les services d'aide et d'accompagnement** assurent une prise en charge des assuétudes, tant sur le plan physique que psychologique. Ces services ont des atouts majeurs : des connaissances spécifiques sur la gestion des dépendances, et également sur les substances de substitution à utiliser.

Voici le témoignage d'Audrey, une neuropsychologue travaillant dans le milieu hospitalier mais également dans le centre Zéphyr prenant en charge les personnes souffrant d'assuétudes, interviewée le 7 mai 2020 dans le cadre de ce travail. Elle décrit le traitement qui est requis dans ce genre de cas. Pour traiter une dépendance, il y a deux étapes : **un sevrage et une postcure**. Le sevrage est autant physique que psychologique. Il est tout à fait possible de le faire chez soi ou de se faire hospitaliser soit en psychiatrie, soit en gastro-entérologie pour éviter les tentations. Des médicaments sont alors donnés pour atténuer les douleurs physiques qu'un sevrage provoque : vitamine B12, valium, etc. Après cela, une postcure est proposée. Elle se déroule dans un centre résidentiel pendant plusieurs mois, voire une année complète.

Au sein du centre Zéphyr, deux objectifs sont recherchés :

- Prendre conscience du problème
- Stopper la motivation de la dépendance

Le centre Zéphyr fonctionne par entretien et utilise une série d'outils thérapeutiques comme la **balance décisionnelle**. C'est un outil qui permet de lister les avantages et les inconvénients de consommer ou de ne pas consommer. A la fin de la liste, la balance est censée pencher plus pour les avantages que la non-consommation suppose. Cela étant dit, les assuétudes ont des impacts sur de nombreux aspects : affectifs, professionnels etc. Ils doivent donc les prendre tous en compte. Le patient détermine s'il recherche l'abstinence totale ou une consommation sous contrôle. Dans la pratique, la majorité des cas recherche l'abstinence car lorsqu'on est dépendant et qu'on atteint un certain point, il est impossible de faire marche arrière et de se contrôler. Il faudra donc ne plus consommer jusqu'à la fin de sa vie sous peine de perdre le contrôle et de replonger. Audrey emploie souvent le terme « [le patient est allé] trop loin ». Ce « trop loin », elle le décrit en me racontant une histoire d'une dame qui continue de consommer alors qu'elle a tout perdu. Pour Audrey, c'est cela 'aller trop loin', c'est être conscient qu'on a un comportement problématique et destructeur mais continuer quand même à consommer.

Certains peuvent avoir des dégradations physiques (par exemple des polyneuropathies dans les jambes), des troubles cognitifs, de nombreuses dettes car ils ne savent plus gérer leurs dépenses qui augmentent d'autant plus à cause de leur consommation.

Concernant des travailleurs au sein d'une entreprise, Audrey, personne de confiance dans le secteur hospitalier, voit un accompagnement des travailleurs au sein d'une entreprise comme suit : Si le travailleur lui confie avoir un problème de consommation, elle l'orienterait vers son médecin traitant dans un premier temps, ensuite vers un psychiatre qui devra prendre des mesures *adaptées* pour entamer un sevrage.

Elle appuie ses propos en racontant 2 exemples de réactions : le cas d'un travailleur chauffeur poids lourd ayant une addiction à l'alcool connue par l'employeur. Il lui a alors dit de faire une cure car il n'était plus capable de travailler en l'état. Ce dernier pourrait reprendre sa place lorsqu'il redeviendrait sobre. Un autre cas, celui d'un infirmier aux urgences, qui consommait des substances sur son lieu de travail, ce qui constituait des preuves pour son employeur. Ce dernier a donné plusieurs chances à son travailleur par le biais de nombreux avertissements qui se sont soldés par un licenciement, faute d'amélioration. Ce licenciement a

eu des grosses conséquences sur ce travailleur: il a perdu sa femme, ses enfants et s'est retrouvé à la rue.

Conclusion

Ce travail avait comme objectif de faire un état des lieux du rôle que doit jouer une entreprise dans la gestion des assuétudes en milieu professionnel. Certaines normes, lois, conventions cadrent les actions qu'elle doit/peut mettre en œuvre. Ce travail visait donc à reprendre ces différents dispositifs et déterminer s'ils sont efficaces.

Dans un premier temps, nous avons défini les assuétudes et les différents modes de consommation. Nous avons pu constater qu'il existe de nombreuses déclinaisons de la définition des addictions (Peele, 1985 ; Goodman, 1990 ; Volkow, 2002), qui tournent toutes autour de certaines notions, comme une perte de contrôle et de liberté, une répétition irréprouvable de certains comportements et la présence de conséquences négatives ou des signes physiques comme les symptômes de sevrage (Karila, 2006).

Les différents stades de consommation (Laqueille & Liot, 2009), quant à eux allent de l'usage simple, caractérisé par une consommation occasionnelle qui ne causait pas de conséquence sur la santé ou l'environnement de la personne. Ensuite venait l'usage nocif, aussi appelé abus, caractérisé par des répétitions et des dommages pour ensuite en venir à la dépendance dont le point central était cette perte de contrôle et de liberté.

Ensuite, nous avons abordé un point important de ce travail, les raisons qui justifient qu'une entreprise intervienne dans des problèmes d'assuétudes. Nous nous sommes intéressés aux deux principales raisons mais cela ne constitue pas une liste exhaustive. La première de ces raisons est l'impact qu'ont les assuétudes sur la **performance au travail** (Clavel-Fauquenot, Rigaud, 2007 ; Verkindt, 2015 ; Toxibase, 2004). Ces impacts résultent de la consommation de substance en elle-même mais également de l'aspect abusif de cette consommation. La consommation de substances psychoactives rend la personne moins attentive ce qui augmente la probabilité des accidents de travail. De plus, une consommation abusive déconcentre la personne qui finit par ne penser qu'à cela (Karila, 2016). Cela diminue donc la qualité de son travail et ses performances. La deuxième raison concerne les **discriminations** vécues par les travailleurs dépendants qui impactent significativement le travail et l'environnement de travail (Falcoz, 2016). Ces discriminations font l'objet de certaines dispositions imposées aux entreprises. De plus, leurs conséquences sont nombreuses tant au sein de l'organisation (climat

de travail, question d'éthique, absentéismes, ...) que sur l'individu (stress, augmentation des risques ...) (Brunet, 2016).

Dans le deuxième chapitre, nous nous sommes intéressés à ce que l'entreprise pouvait faire pour prévenir et limiter les assuétudes. Nous avons alors abordé deux aspects : les acteurs qui jouent un rôle et les actions qui peuvent être mises en place.

Concernant les **acteurs**, nous avons davantage investigué les plus présents dans la littérature et les dispositions concernant la gestion des assuétudes. Nous avons étudié les obligations qui incombent l'employeur, le rôle du conseiller en prévention ainsi que celui du conseiller en prévention-médecin du travail. Enfin, nous avons évoqué les missions du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail.

L'importance du rôle de l'employeur s'inscrit principalement dans son obligation de mettre en œuvre toutes les mesures possibles pour garantir le bien-être au travail (article 4, §1 de la loi du 4 août 1996). A ce titre, le SIPPT peut aider l'employeur (article 33, §1 de la loi du 4 août 1996), et si le SIPPT ne peut pas exécuter toutes les missions qui lui sont confiées, l'employeur doit faire appel à un SEPPT (article 33, §2 de la loi du 4 août 1996). Dans le cadre de la gestion des assuétudes, le conseiller en prévention doit informer le travailleur des diverses aides qui lui sont disponibles (article 13 de la CCT n°100). Le conseiller en prévention-médecin du travail, quant à lui, est autorisé à faire passer certains examens médicaux au travailleur (article I.4-14 du Code de bien-être au travail). Il est alors tenu au secret professionnel concernant les informations à caractère personnel qu'il récolte durant ces examens (article I.4-23 du Code du bien-être). Enfin, le CPPT est chargé d'épauler l'employeur dans la politique préventive de consommation de substances et d'émettre des avis sur plusieurs thématiques (article 14 de la CCT n°100).

Concernant les **actions** mises en place au sein de l'entreprise, nous avons commencé par nous intéresser aux mesures de prévention et campagne de sensibilisation avant d'aborder les tests de dépistage.

La sensibilisation peut notamment passer par l'instauration d'une politique de prévention en matière de consommation de substances. Cette politique est définie dans la CCT n°100 et doit respecter quatre piliers : l'information, les règles, les procédures et l'assistance. Enfin, les tests de dépistage doivent respecter de nombreuses dispositions :

- Ils doivent avoir été prévus dans des dispositions prévues par l'employeur (Article 3 de la loi du 28 janvier 2003)
- Les règles concernant ces tests doivent avoir été précisées dans le règlement de travail
- Ils sont autorisés seulement à titre préventif (article 4 de la CCTn°100)
- Ils sont principalement destinés aux fonctions de sécurité ou considérées comme à risques et doivent être justifiés par la nature de la fonction (Fontaine, 2017 ; Loi Mahoux du 28 janvier 2003)
- Les tests et leurs résultats doivent respecter les libertés individuelles (article 4 de la CCT n°100)
- Ils doivent respecter la non-discrimination (article 7 et 8 du décret du 6 novembre 2008)

Analyse personnelle- Discussion

Pour conclure, au vu des nombreuses limitations et réglementations imposées aux examens médicaux et tests de dépistage, il est compliqué d'affirmer que ces dispositifs sont réellement efficaces et suffisants pour prévenir et limiter les assuétudes au travail. En effet, ils ne sont initialement destinés qu'à certaines fonctions de sécurités et doivent être motivés par des raisons valables. De plus, même si on détecte certaines intoxications grâce à ces tests, il n'est pas possible de déterminer s'il s'agit de problème d'assuétude ou d'une consommation unique. Ils ne peuvent constituer qu'un rôle informatif sous peine d'être vus comme discriminatoires. Aussi, la consommation de substances, étant du domaine privé et faisant intervenir les libertés individuelles de chacun, s'attaquer à cette problématique peut s'avérer risqué et dangereux si une décision est prise sans réelles preuves.

De ce fait, je suis d'avis que les acteurs qui jouent un rôle dans la gestion des assuétudes ne sont pas suffisants. Il y a des acteurs plus 'accessibles' qui peuvent être un premier point de contact avec les travailleurs dépendants. Je pense notamment à la personne de confiance dont sa désignation n'est pas obligatoire mais recommandée. Selon le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale, elle est tenue au secret professionnel et doit être formée pendant

minimum 5 jours à travers différents modules. Son rôle concerne les risques psychosociaux et permet à certains acteurs (conseiller en prévention, SIPPT ...) d'avoir accès à certaines informations telles que par exemple, les incidents, les informations pour le rapport annuel ... Elle pourrait être le premier point de contact et d'écoute de la personne. Elle pourrait également lui indiquer de façon claire et simple, les différentes aides et procédures qui lui sont disponibles. En effet, nous avons que les acteurs qui interviennent dans l'entreprise sont nombreux et les prérogatives de chacun sont bien délimitées. La personne peut se retrouver légèrement perdue, c'est là que la personne de confiance pourrait l'orienter au mieux et l'accompagner dans ses démarches.

Cela étant, même s'il ne travaille pas au sein de l'entreprise, il serait intéressant de valoriser le médecin traitant du salarié. C'est une personne qui connaît bien le travailleur et qui va l'écouter. Il fait partie de l'environnement habituel de la personne et elle a construit avec lui une relation de confiance. Il pourra dès lors établir avec la personne certaines stratégies et l'orienter au mieux. De plus, on sait que certaines interactions peuvent exister entre divers acteurs de l'entreprise dont nous avons parlé antérieurement, et ce médecin généraliste. En effet, le conseiller en prévention-médecin du travail, notamment, peut contacter le médecin traitant du travailleur pour lui faire part de certaines constatations lors de la surveillance de la santé de celui-ci, avec le consentement du travailleur.

Tout au long de l'écriture de ce travail, j'ai beaucoup parlé de ce sujet à mon entourage. C'était important d'avoir l'avis de personnes qui travaillent dans différents domaines. De nombreuses situations m'ont alors été relatées, où des problèmes d'assuétudes étaient connus, mais aucune action n'était menée. Dans la majorité des cas, il n'y avait pas de réactions du tout. Tout le monde au sein du travail à conscience des problèmes, sait que par exemple telle personne est dépendante. Tout le monde voit des conséquences et des impacts. Cependant, personne ne fait rien. Ceci donne lieu à des bruits de couloirs, des messes basses : on va pointer du doigt avec quelques collègues et parler des problèmes en secret. Cette réaction participe à la stigmatisation et aux discriminations abordées dans mon premier *paper*. Bien souvent, ces comportements, en tant que tels, ne vont pas être réprimandés, mais on va attendre de prendre la personne sur le fait accompli. En effet, comme on a pu le voir, les moyens dont dispose l'entreprise pour détecter les assuétudes sont très limités et soumis au respect de nombreuses normes. C'est pourquoi, dans la pratique, les collègues et l'employeur vont bien souvent attendre que la personne commette une faute grave, ou un manquement à son contrat afin que

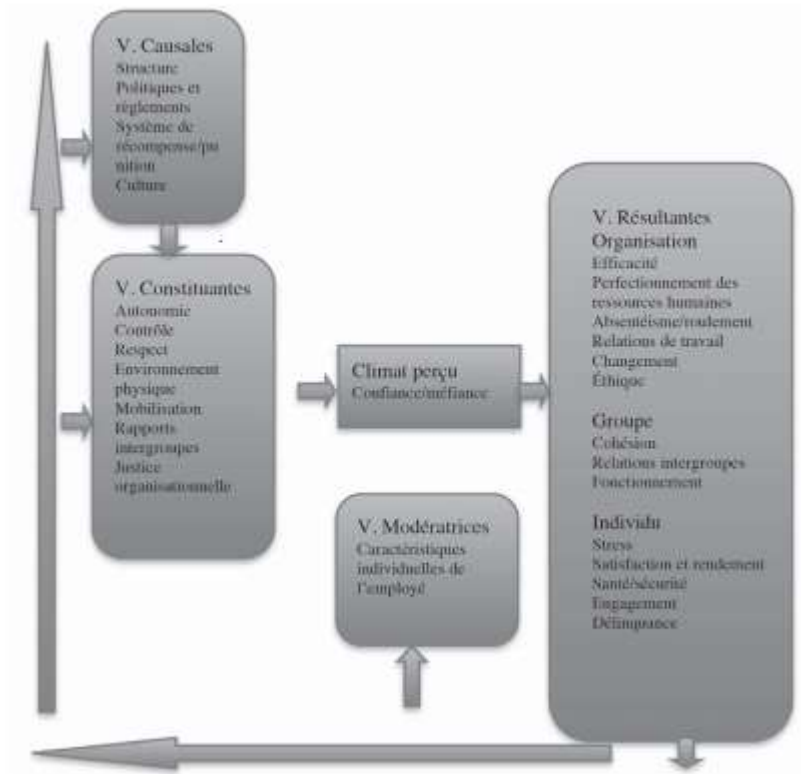
la direction puisse la sanctionner. Cependant, publiquement la raison de cette sanction n'aura souvent pas de lien avec la consommation de substance. L'entreprise utilise donc certains faits sans aborder la véritable raison, c'est-à-dire la source du problème : les addictions. Certains employeurs vont donc jusqu'à occulter le problème, fermer les yeux pour ne pas devoir trancher. Une des raisons peut être la peur que la situation se renverse et qu'ils se retrouvent en mauvaise posture pour licenciement abusif, violation de la vie privée ou création de tensions car ils auraient soumis un travailleur à un test de dépistage sans 'raison valable' etc. Cependant, cette situation n'est bénéfique pour personne. Ce ne sera pas favorable pour l'employeur, qui va garder un employé beaucoup moins productif, source d'un climat de tension et qui peut être dangereux pour lui et pour autrui. Ce ne sera pas non plus bénéfique pour l'employé qui va être stigmatisé peut-être sans s'en rendre compte, qui peut recevoir des sanctions sans comprendre la source de son problème et risque de faire de même avec un autre employeur.

La problématique des assuétudes reste juridiquement très délicate et récente pour des raisons d'éthique, de libertés individuelles et de discriminations. Bien qu'il existe des dispositions juridiques qui cadrent la notion et attribuent un rôle précis à chacun, bien souvent la réalité est tout autre.

Ne serait-il pas judicieux de valoriser la responsabilité du travailleur à travers les différents acteurs et actions à disposition au sein de l'entreprise ? Au travers des différentes normes, examens, acteurs qui existent pour le moment, l'idée serait de construire un climat de confiance et de tolérance afin de mettre le travailleur dans une relation de confort où la parole est libérée. Le but est que le travailleur soit l'acteur de sa rémission et que les démarches partent de lui. Cela respecterait le consentement, les libertés individuelles et la non-discrimination qui sont imposés aux tests de dépistage et politiques de prévention pour prévenir et limiter les assuétudes en entreprises. « *Vous ne pouvez pas empêcher une personne dépendante de consommer, la seule prison dont elle doit s'échapper c'est sa tête, et ça ce n'est pas facile* » (Marco, homme dépendant à l'alcool, 2020).

Annexe :

Figure 1. Modèle dynamique du climat de travail
(Brunet et Savoie, 1999)



(Brunet, 2016).

Bibliographie :

- Anderson, P., & Baumberg, B. (s. d.). *Alcohol in Europe – A public health perspective – A report for the European Commission*, disponible sur <http://ec.europa.eu/health>.
- Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme du 7 novembre 2002.
- Arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme rendu le 9 mars 2004.
- Barraud de Lagerie, P., & Trespeuch, M. (2013). Entreprises et déviance : Une affaire d'affaires. *Terrains & travaux*, N° 22(1), 5. <https://doi.org/10.3917/tt.022.0005>
- Barre, M.-D., Benec'h-Le Roux, P. (2004). Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant. *Cesdip*. 95. <http://www.cesdip.fr/95-Approche-sociologique-des.html>.
- Beck, F., Couteron, J. & Obradovic, I. (2016). 39. Éléments pour une politique des addictions. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 360-377). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0385>
- Becker H. S., (1986). Biographie et mosaïque scientifique, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63, 105-110.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*, New York, Free Press (trad. fr., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985).
- Becker, H.S. (1970). *Sociological work : method and substance*, Chicago (IL), Aldine (trad. fr., *Le travail sociologique : méthode et substance*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 2006).
- Belot, C. (2012). Chapitre 2. Gouverner par les sondages : Nicolas Sarkozy et l'opinion publique. Dans : Jacques de Maillard éd., *Politiques publiques 3: Les politiques publiques sous Sarkozy* (pp. 71-90). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.maill.2012.01.0071>
- Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.berge.2009.01>

- Bonifay,E. (2012). Consommation de drogue par un salarié en dehors du temps de travail : employeurs prenez garde ! La semaine juridique.
- Brissonneau, C., Aubel, O. & Ohl, F. (2008). Bibliographie thématique sur le dopage. Dans : C. Brissonneau, O. Aubel & F. Ohl (Dir), L'épreuve du dopage: Sociologie du cyclisme professionnel (pp. 293-300). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Brunet-Jailly, J., (2016). Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques. Catalogue doctes, Portail documentaire en promotion de la santé.
- Cesoni, M.-L. (2006). Compétence pénale : la Cour de justice des Communautés européennes périmet-elle le principe de légalité ?. In: Journal des tribunaux, Vol. 2006, no. 6227, p. 365-373
- Chateauraynaud F., Torny D., (1999). *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Retrieved from :
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12012P%2FTXT>
- Clavel-Fauquenot, M.-F., Marignier, N., (2007). Comité d'entreprise : Moyens d'information Attribution. Edition Liaisons.
- Code du bien-être au travail du 28 avril 2017, Retrieved from :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2017042827
- Code Pénal Social du 6 juin 2010, Retrieved from :
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2010A09589&la=F
- Conseil National du Travail. (2009). Convention collective du travail n°100 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogue dans l'entreprise, Retrieved from :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2009040114&table_name=loi

Constitution du 17 février 1994. Retrieved from :

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&table_name=loi&la=F&cn=1994021730

Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, signée à Rome, le 4 novembre 1950. Retrieved from :

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1950110430

Corral, A., Durán, J. et Isusi, I. (2012) Consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1-49.

Cour de Cassation du 15 juin 2015, pas., I., p.1570

Cour de Cassation du 19 février 1971, *Pas.*, 1971, I, p. 551 ;

Cour du Travail (2005). Bruxelles, , *Chron. D.S.*, , p. 214.

Cour du Travail. (1993). Bruxelles, *R.W.*, p. 653.

De Gaulejac, V., Hanique, F. & Roche, P. (2007). La sociologie clinique. Èrès.

<https://doi.org/10.3917/eres.roche.2007.01>

Décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

Retrieved from :

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2008204573&la=F

Directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

Parlement européen et du Conseil. Retrieved from : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=CELEX%3A31989L0391>

Dodier N., (1995). *Les Hommes et les machines*. La conscience collective dans les sociétés technicisées, Paris, Métailié.

Durand, E. (2008). Addictions et travail : Quel enjeu pour les services de santé au travail ? *Santé publique*, 20, 11.

Escots, S. (2014). Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes. *Psychotropes*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.3917/psyt.201.0051>

- European foundation for the improvement of living and working conditions, *Use of alcohol and drugs at the workplace, op. Cit.* (voy. Note 16), p. 13.
- Falcoz, M. & Lefèvre, N. (2016). Représenter les sportifs professionnels : entre militantisme apolitique et syndicalisme de service. *Staps*, 113, 7-20.
<https://doi.org/10.3917/sta.113.0007>
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall (trad. fr., *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975).
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Les éditions de Minuit.
- Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis : Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1642>
- Guillain, C. (2013). Dépénalisation et décriminalisation de l'usage de drogues : tenants et aboutissants. In: *Le Courrier des Addictions*, Vol. 15, no. 1, p. 22-24 (janvier-février-mars 2013). <http://hdl.handle.net/2078.3/160436>
- Guillou Landreat, M., Rozaire, C., Vigneau Victorri, C., & Grall-Bronnec, M. (2013). Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. *Psychotropes*, 19(2), 23.
<https://doi.org/10.3917/psyt.192.0023>
- Hautefeuille, M. (2018). Et Dieu créa le travail. *Psychotropes*, 24(3), 11.
<https://doi.org/10.3917/psyt.243.0011>
- Hoareau, E. (2007). *L'impact de la réduction des risques dans les espaces festifs techno*. *Psychotropes*. 13. 27-48. <https://doi.org/10.3917/psyt.132.0027>
- Hoareau, E. (2016). Stigmatisation de l'usager de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel. *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 21(1), 33.
<https://doi.org/10.3917/nrp.021.0033>

- Hollet-Haudebert, S. (2018). Eclairage conceptuel d'une problématique émergente en gestion : L'addiction au travail. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 30(1), 68. <https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0068>
- Jauffret-Roustide, M., & Granier, J.-M. (2017). Repenser la politique des drogues : Introduction. *Esprit, Février*(2), 39. <https://doi.org/10.3917/espri.1702.0039>
- Joubert, M., Giraux, P., & Mougin, C. (Éds.). (2005). *Villes et « toxicomanies » : Quelles préventions?* Erès ; Université Paris 8.
- Karila, L. (2008). Les addictions. Le Cavalier bleu.
- Karila L. « Neurobiologie de l'addiction ». In : Reynaud M. Addictions et psychiatrie. Paris : Masson, 2005, p. 49-62.
- Kopp, P. & Fenoglio, P. (2011). Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ?. *Revue économique*, 62, 899-918. <https://doi.org/10.3917/reco.625.0899>
- Laqueille, X. & Liot, K. (2009). Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85, 611-620. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8507.0611>
- Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *Moniteur belge*, p.24309.
- Loi du 30 juillet 2018 relative Loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, Retrieved from : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2018/07/30/2018040581/justel>
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Retrieved from : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F
- Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, Retrieved from : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=1965040806&la=F
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Retrieved from : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000321402/>

Loi Mahoux du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail, Retrieved from :

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003012842&table_name=loi#:~:text=Le%20travailleur%20ou%20le%20candidat,lesquelles%20celui%20Dci%20sera%20effectu%C3%A9.

Lutz, G. (2015). Pratiques addictives en milieu de travail : Impasses du concept et nouvelles perspectives. *Psychotropes*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.3917/psyt.211.0013>

Lutz, G. (2018). Discuter et transformer le travail pour réguler les conduites addictives des professionnels. *Psychotropes*, 24, 57-82. <https://doi.org/10.3917/psyt.243.0057>

Maxence J.L., Trarieux R. (1998). *Revue Toxibase n°3*. Toxicomanie et milieu de travail : la prévention des drogues en entreprise. 1-11.

Mazade, O. (2013). L'affaire Metaleurop : Une dénonciation impossible ? *Terrains & travaux*, N° 22(1), 23. <https://doi.org/10.3917/tt.022.0023>

Ogien, A. (2017). L'usage de drogues, un « problème social » : Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ? *Après-demain*, 44,NF, 5-7. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0005>

Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 23 mars 1976. Retrieved from : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

Papenvestmedical. (S.d.). *Consommation de substances et assuétude-traitement*. Papenvestmedical. Consulté le 2 août sur <https://papenvestmedical.be/fr/consommation-de-substances-et-assuétude/traitement-dependance/>

Peele S, Bufe C & Brodsky A(2000). *Resisting 12-step coercion – Tucson AZ*, See Sharp Press

Robinaud, C. (2017). Le dépistage des drogues en entreprise : une réponse... à quelle question : Approche juridique du test salivaire et de l'Alcootest. Dans : Renaud Crespin éd., *Se doper pour travailler* (pp. 81-98). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.crespi.2017.01.0081>

Rosenzweig, M.R., Leiman, A.L. *Psychobiologie: De la biologie du neurone aux neurosciences comportementales*. (1998). De boeck.

Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Vénisse, J. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, 31, 9-23. <https://doi.org/10.3917/apc.031.0009>

- Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale, *Alcool et autres drogues : manuel pour une politique de prévention au travail – Risques psychosociaux, op. Cit.* (voy. Note 13), p. 11.
- Toxibase. (2005). Psychotropes, 11, 143-144. <https://doi.org/10.3917/psyt.111.0143>
- Tropos, J.-Y. (2003). La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues, *Cahiers internationaux de sociologie*, 114, 93-108.
- Valléry, G., Bobillier-Chaumon, M., Brangier, É. & Dubois, M. (2016). Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2016.01>
- Verkindt, P. (2015). Le rôle des acteurs de l'entreprise dans la prévention de la pénibilité au travail. *Retraite et société*, 72, 73-85. <https://doi.org/10.3917/rs.072.0073>
- Van Caloen, B. (2005). Dilemmes de l'individualisme : Un contexte sociétaire de l'usage de drogues. *Drogues, santé et société*, 3(1), 69-86. <https://doi.org/10.7202/010520ar>
- Van eekhoutte, W., plets, I. (2000). « Alcohol en drugs op de arbeidsplaats : een zichtbaar aboe ? », *Chron. D.S.*, p. 579.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Goldstein RZ. Role of dopamine, the frontal cortex, and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of learning and memory* 2002 ; 78 : 610-24.
- Widiger T. A., Gregory T. S. (1994). Substance use disorder: abuse, dependance and dyscontrol, *Addiction*, 89, 267-282.
- (2019). *Postes de sécurité ou postes présentant des risques*. Licenciement pour inaptitude. Consulté le 30 juin 2021 sur <https://licenciementpourinaptitude.fr/postes-de-securite/>

Note d'articulation :

Les deux parties de ce mémoire sont complémentaires. Par ailleurs, elles ne sont pas exhaustives. En effet, elles représentent seulement deux des nombreuses facettes de la problématique des assuétudes. Ce thème peut faire intervenir diverses disciplines. Outre la psychologie et le droit déjà abordés ici, de nombreuses disciplines peuvent intervenir pour cerner l'ampleur des assuétudes : l'économie, l'histoire, la santé publique, la sociologie ...

Ici, les aspects psychologique et juridique ont été choisis car ils sont prédominants pour aborder la gestion des assuétudes en milieu professionnel. Chacune de ces deux parties apporte donc des éléments complémentaires. Certains points abordés dans la première partie expliquent certaines thématiques de la deuxième partie, et inversement. C'est pourquoi il faut vraiment considérer ces deux parties comme *un* seul et même travail, qui pourra d'ailleurs être toujours complété tant cette problématique évolue.

Tout d'abord, comme dit précédemment, on peut parler d'une sorte de **complémentarité** des deux parties pour former un travail qui permettrait d'atténuer **l'ambiguïté** de la problématique des assuétudes en milieu professionnel. En effet, par définition, l'ambiguïté d'un concept signifie qu'il a plusieurs significations ainsi que lorsqu'il est difficile à comprendre. C'est le cas du concept des assuétudes. Chacune des deux parties aborde de nombreuses notions intervenant dans le concept des assuétudes.

La première approche, dans un premier temps, permet d'apporter des éléments de définitions plus psychologiques. Elle s'intéresse au *vécu* de la personne. On apprend certains de ses comportements, ce qui permet de supposer quel terme peut qualifier au mieux sa situation entre l'abus, la dépendance, l'addiction-assuétude. On aborde également certains concepts qui peuvent venir donner des éléments pour aider à qualifier les addictions. Le premier de ces concepts est le craving, qui représente la perte de liberté et de contrôle sur ses actions et comportements (Auriacombe, Serre, Fatséas, 2016).

Le deuxième concept que nous avons abordé est l'aspect héréditaire qui peut intervenir dans les addictions mais qui surtout vient compléter les facteurs environnementaux et psychosociaux pour qualifier les assuétudes (Gorwood, Le straat, Ramoz, 2008). La reconnaissance en tant que

maladie a été abordée et représente un grand débat dans cette problématique. Les différents auteurs ne sont pas d'accord entre eux. Nous sommes donc partis de l'auteur Jellinek qui a défini 4 éléments pour associer les assuétudes et la maladie : Le caractère héréditaire, l'aspect progressif qu'a une maladie, la perte de contrôle et l'abstinence. Ces 4 éléments sont discutés, ce qui fait qu'aucun consensus sur la reconnaissance des assuétudes comme étant une maladie n'a été établi (Jellinek,1960). Cependant, malgré cela, l'accent est tout de même mis dans la littérature sur la pathologisation des assuétudes (Polomeni, Bry & Célérier, 2005) même si d'autres avancent que pour cela, il aura fallu un schéma de symptômes, ce qui n'est pas le cas (Amnon, 2008). Ce questionnement est très important dans notre thématique car le regard qu'on porte sur quelqu'un qui est vu comme 'subissant sa maladie' n'est probablement pas le même que quelqu'un qui est vu comme responsable de ses maux. Aussi, la reconnaissance des assuétudes comme étant une maladie peut influencer le rôle du conseiller en prévention-médecin du travail, dont le rôle est explicité dans la deuxième partie de ce mémoire.

Un dernier concept très important et courant dans le domaine des assuétudes est le déni. Le terme déni s'utilise communément pour parler d'un phénomène qu'on refuse de reconnaître, ou d'en admettre la véracité. Par définition, le déni est «un phénomène de refus de prendre en compte une part de la réalité externe inacceptable » (Bardou, Vacheron-Trystram & Cheref, 2006). Un autre terme vient nuancer l'utilisation du mot déni, il s'agit de la 'dénégation'. On parle alors de dénégation quand la personne a conscience d'un problème mais le nie, alors que quand une personne est en déni, elle est persuadée qu'elle n'a aucun problème. Ces concepts sont très importants car cela pourrait changer la façon dont le travailleur dépendant va vivre les stigmatisations et les discriminations. Cela pourrait changer la façon dont le travailleur dépendant aborderait la prévention et la sensibilisation explicitée dans la partie juridique. Mais également ses réactions face à des examens médicaux ou tests de dépistage que la personne pourrait vivre.

A ces éléments de définitions davantage psychologiques, des composantes qui cadrent la notion sont nécessaires. Ces donc là qu'interviennent les aspects abordés dans la partie juridique. Ils retracent, brièvement, l'origine des termes et certaines normes juridiques qui s'y réfèrent. Cependant, dans la problématique des assuétudes au travail, ce n'est pas tant la nature de la substance qui importe mais bien la combinaison entre l'individu, la substance et le contexte dans lequel il évolue (Olivenstein, 2011).

De plus, cette partie juridique, met en évidence les raisons pour lesquelles les assuétudes doivent devenir la préoccupation de l'entreprise. Cette question est délicate car l'entreprise doit trouver le juste équilibre entre, tout mettre en œuvre pour limiter et prévenir les assuétudes au travail

Le premier point justifiant que l'entreprise s'y intéresse est que la performance au travail se voit être impactée par les problèmes d'addictions. Ce phénomène n'est pas du tout dans l'intérêt de l'employeur (Karila, 2016). De plus, selon une étude française, 15 à 20% des accidents de travail seraient en lien avec un abus de consommation (Maxence & Trarieux, 1998). Le deuxième point qui justifie qu'une entreprise s'intéresse aux assuétudes est le phénomène des **discriminations** au travail. On a abordé, dans la première partie, les stigmatisations et les discriminations que des travailleurs dépendants vivent au quotidien à cause des assuétudes. **Ces discriminations sont donc, dans cette partie, une des conséquences qui résultent de la problématique des assuétudes. Alors qu'elles représentent, dans la deuxième, une des causes de la responsabilité de l'employeur.** Les discriminations représentent donc un lien central entre les deux disciplines.

En effet, dans la première partie, les discriminations peuvent résulter de problèmes d'assuétudes. Comme nous l'avons vu, lorsqu'une personne est stigmatisée, elle peut subir une différence de traitement, des actions, et comportements négatifs à son égard. Dans cette partie, les impacts de ces stigmatisations et discriminations sont nombreux et peuvent aller de dépressions à des pertes d'emplois et une augmentation du chômage. De plus, on peut imaginer un cercle vicieux de consommation au travail : une personne a des problèmes de consommations dont certains de ces comportements se remarquent au travail. Elle est donc reconnue comme personne dépendante. Cela entraîne une stigmatisation et une discrimination. La stigmatisation l'exclut socialement ce qui lui provoque un profond mal-être. Elle est alors démoralisée dans son travail et dans son estime d'elle-même jusqu'à la dépression dans certains cas. Enfin, cette exclusion et ce mal-être augmentent ses consommations. Ses assuétudes deviennent de plus en plus fortes et continuent d'affecter son travail et ses relations avec les autres. Elle est alors confortée dans cette catégorisation de personne addictive et ainsi de suite.

Alors que dans la partie juridique, ces discriminations font l'objet de certaines dispositions imposées aux entreprises. De plus, leurs conséquences sont nombreuses tant au sein de l'organisation que sur l'individu . D'une part, au **niveau de l'organisation**, un mauvais climat entraîne une baisse de l'efficacité, une augmentation des absentéismes ou roulements

importants des équipes, des remises en question, des questionnements d'éthique professionnelle, ... Dès lors, le climat pesant nécessite d'intervenir.

D'autre part, cela engendre également des **conséquences sur l'individu** telles que du stress, une baisse de la performance au travail, des risques au niveau de la santé et de la sécurité, ... Cela peut même mener à des accidents de travail (Brunet, 2016). C'est pourquoi les discriminations interviennent comme une des deux raisons qui justifient que l'entreprise se préoccupe de la gestion des assuétudes.

Dans cette partie juridique, la discrimination intervient également comme étant un élément essentiel que doivent respecter les tests de dépistage de certaines substances. En effet, lorsqu'on reprend l'article 4 de la Convention Collective de Travail, on apprend que ces tests doivent être consentis par le travailleur et ne peuvent pas constituer un facteur de **discrimination** entre travailleurs. Cette non-discrimination est d'application autant lors de l'embauche de nouveaux employés qu'au cours de leur exécution de contrat au sein de l'entreprise. En effet, discriminer sur l'état de santé d'un travailleur fait partie d'un des 21 critères protégés contre les discriminations, établis dans le Code Pénal. Selon les articles 7 et 8 du décret du 6 novembre 2008 :

« Toute distinction directe fondée sur l'un des critères protégés constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires. »

Ensuite, alors que l'approche psychologique sous-tend quelques pistes de solutions pour limiter les stigmatisations et les discriminations en entreprise, l'approche juridique présente, quant à elle, des dispositifs représentant des **solutions pour prévenir et limiter les assuétudes**. En effet, remonter à la source des problèmes, c'est-à-dire, les assuétudes, peut être pertinent pour limiter les impacts qui en découlent, comme les stigmatisations et discriminations, abordées dans la première partie. La partie juridique nous présente donc les différents dispositifs existants. Ces derniers existent sous deux formes : les acteurs qui ont un rôle à jouer dans la gestion des assuétudes et les actions qui peuvent être mises en place pour prévenir et limiter les assuétudes au travail.

Concernant les **acteurs**, nous avons davantage investigué les plus présents dans la littérature et les dispositions concernant la gestion des assuétudes. Nous avons étudié les obligations qui incombent l'employeur, le rôle du conseiller en prévention ainsi que celui du conseiller en prévention-médecin du travail. Enfin, nous avons évoqué les missions du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail.

L'importance du rôle de l'employeur s'inscrit principalement dans son obligation de mettre en œuvre toutes les mesures possibles pour garantir le bien-être au travail (art. 4, §1 de la loi du 4 août 1996). A ce titre, le SIPPT peut aider l'employeur (art. 33, §1 de la loi du 4 août 1996), et si le SIPPT ne peut pas exécuter toutes les missions qui lui sont confiées, l'employeur doit faire appel à un SEPPT (art. 33, §2 de la loi du 4 août 1996). Dans le cadre de la gestion des assuétudes, le conseiller en prévention doit informer le travailleur des diverses aides qui lui sont disponibles (art. 13 de la CCT n°100). Le conseiller en prévention-médecin du travail, quant à lui, est autorisé à faire passer certains examens médicaux au travailleur (art. I.4-14 du Code de bien-être au travail). Il est alors tenu au secret professionnel concernant les informations à caractère personnel qu'il récolte durant ces examens (art. I.4-23 du Code du bien-être). Enfin, le CPPT est chargé d'épauler l'employeur dans la politique préventive de consommation de substances et d'émettre des avis sur plusieurs thématiques (art. 14 de la CCT n°100).

Concernant les **actions** mises en place au sein de l'entreprise, nous avons commencé par nous intéresser aux mesures de prévention et campagne de sensibilisation avant d'aborder les tests de dépistage.

La sensibilisation peut notamment passer par l'instauration d'une politique de prévention en matière de consommation de substances. Cette politique est définie dans la CCT n°100 et doit respecter quatre piliers : l'information, les règles, les procédures et l'assistance. Enfin, les tests de dépistage doivent respecter de nombreuses dispositions :

- Ils doivent avoir été prévus dans des dispositions prévues par l'employeur (art. 3 de la loi du 28 janvier 2003)
- Les règles concernant ces tests doivent avoir été précisées dans le règlement de travail
- Ils sont autorisés seulement à titre préventif (art. 4 de la CCT n°100)
- Ils sont principalement destinés aux fonctions de sécurité ou considérées comme à risques et doivent être justifiés par la nature de la fonction (Fontaine, 2017 ; Loi Mahoux du 28 janvier 2003)

- Les tests et leurs résultats doivent respecter les libertés individuelles (art. 4 de la CCT n°100), la non-discrimination (art. 7 et 8 du décret du 6 novembre 2008)

Le dernier lien concerne les pistes de réflexion évoquées dans chaque partie. Ces réflexions invitent à remettre au centre de la problématique la **responsabilisation de la personne** dépendante. C'est également là que se trouve l'**ambiguïté** de cette notion : **l'individu est l'auteur et la victime de ses problèmes d'addiction tout en étant la principale solution pour s'en sortir**. En effet, dans la partie psychologique, la recherche d'un déclic de la part de la personne est évoquée dans l'espoir qu'elle prenne conscience de son problème. L'objectif est qu'elle mette tout en œuvre pour sortir de ses assuétudes et d'ainsi éviter les stigmatisations et discriminations. Alors que dans la deuxième partie, selon l'aspect juridique, la responsabilisation de la personne est mise en avant. L'idée est de conjuguer la volonté de la personne avec les différents acteurs et actions mises en place dans l'entreprise pour prévenir et limiter les assuétudes. « *Vous ne pouvez pas empêcher une personne dépendante de consommer, la seule prison dont elle doit s'échapper c'est sa tête, et ça ce n'est pas facile* » (Marco, homme dépendant à l'alcool, 2020).

Bibliographie :

- Amnon Suissa, J. (2008). Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux. *Psychotropes*, 14, 61-80. <https://doi.org/10.3917/psyt.142.0061>
- Auriacombe, M., Serre, F. & Fatséas, M. (2016). 6. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?. Dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie* (pp. 78-83). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.reyna.2016.01.0078>"
- Bardou, H., Vacheron- Trystram, MN., Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales medico psychologique*. 164(2).
- Brunet-Jailly, J., (2016). Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques. Catalogue doctes, Portail documentaire en promotion de la santé.
- Code du bien-être au travail du 28 avril 2017, Retrieved from :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2017042827
- Code Pénal Social du 6 juin 2010, Retrieved from :
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2010A09589&la=F
- Conseil National du Travail. (2009). Convention collective du travail n°100 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et d drogue dans l'entreprise, Retrieved from :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2009040114&table_name=loi
- Décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.
Retrieved from :
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2008204573&la=F
- 654.
- Fontaine, A. (2017). Les enjeux de la consommation de psychotropes en milieu professionnel : Des usagers de drogues qui travaillent ou des salariés qui se droguent? *Après-demain, N44,NF(4)*, 8. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0008>

- Gorwood, P., Le Strat, Y., & Ramoz, N. (2008). Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*, 14(3), 29. <https://doi.org/10.3917/psyt.143.0029>
- Jellinek E. (1960). *The disease concept of alcoholism* – New Haven, Hill House Press
- Karila, L. (2008). *Les addictions*. Le Cavalier bleu.
- Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *Moniteur belge*, p.24309.
- Loi Mahoux du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail, Retrieved from :
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003012842&table_name=loi#:~:text=Le%20travailleur%20ou%20le%20candidat,lesquelles%20celui%20ci%20sera%20effectu%C3%A9.
- Maxence J.L., Trarieux R. (1998). *Revue Toxicbase n°3*. Toxicomanie et milieu de travail : la prévention des drogues en entreprise. 1-11.
- Olivenstein, C. (2011). *Revue internationale des toxicomanies et des addictions. Psychotropes*, 17(1).
- Polomeni P, Bry D & CeJrier I (2005). *Comprendre les addictions et les traitements de la toxicomanie*. John Libbey Eurotext.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté des sciences économiques, sociales et de la communication

Place Montesquieu 4, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | <https://uclouvain.be/fr/facultes/espo>