

ADDICTIONS

ET TRAVAIL



Rédaction SNPST

12, impasse Mas

31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

Fax : 05 61 62 75 66

courrier@snpst.org

<http://snpst.org>

n° de la commission :

1011 S 05549

Directeur de la publication :

Gilles ARNAUD

Rédactrice en chef :

Fabienne ALCAIX

Ont participé à ce dossier :

MARIE LUCIE HADJADJ

JEAN PAUL JEANNIN

CLAIRE LIBLIN

MARIE CHRISTINE LIMAME

GÉRARD LUCAS

Publicité :

SHUTAFEL

82 rue de l'Etoile

93000 Bobigny

Téléphone : 01 82 28 94 61

Télécopie : 01 72 70 31 48

shutafel.jst@hotmail.fr

SOMMAIRE

- 1/ Editorial :**
Addictions au travail - Quelle place pour les personnels de Santé au Travail ?
Fabienne ALCAIX 7
- 2/ Culture alcool : historique et contexte.** *Jean-Paul JEANNIN* 8
- 3/ Drogues et travail : une réalité à prendre en compte.** *Marie-Lucie HADJADJ* 10
- 4/ Clinique médicale du travail et addictions : le lien avec le travail.**
Fabienne ALCAIX 12
- 5/ Cas cliniques.** *Gérard LUCAS* 13
- 6/ Travail et Addiction : rôle infirmier en Santé au Travail.** *Claire LIBLIN* 16
- 7/ Un bout de chemin avec Mr S.** *Marie-Christine LIMAME* 18
- 8/ Médecine du travail et Toxicomanes aux opiacés.** *Marie-Lucie HADJADJ* 21
- 9/ Apport de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le domaine des addictions.** *Gérard LUCAS* 22
- 10/ Remue-méninges d'un groupe de salariés d'un service interprofessionnel de santé au travail à propos des problèmes d'addictions dans ses entreprises adhérentes, en 2010.** *Marie-Lucie HADJADJ* 23
- 11/ La « Gestion de Crise »** *Jean-Paul JEANNIN* 25
- 12/ Légitimité et dérives du dépistage biologique des substances psychoactives en milieu de Travail. Protocole de recueil des urines pour recherche de substances psychoactives.** *Fabienne ALCAIX* 27



Addictions au travail - Quelle place pour les personnels de santé au travail ?

Depuis plusieurs années déjà, le sujet de la consommation de substances psychoactives en milieu de travail interpelle les professionnels de santé au travail sur le sens de leur mission et les moyens dont ils ont besoin pour y parvenir. En effet, sous le prétexte de protéger le salarié d'une part et la collectivité d'autre part, des risques associés à d'éventuels comportements dangereux, le médecin du travail se voit de plus en plus fréquemment incité, aidé en cela par des rapports nombreux (MILDT...), à réaliser des tests de dépistage de substances psychoactives à l'embauche ou lors des visites périodiques, surtout dans les cas de postes dits de « sécurité ».

En faisant cela, le médecin répond-t-il à sa mission de « prévenir les risques liés au travail » ? Oui, si l'on estime que la consommation de ces produits peut être la conséquence d'une souffrance au travail et ainsi de l'aider à la révéler, mais le dépistage biologique est-il le bon moyen de dépister une addiction ? Certainement pas selon la définition de l'OMS qui dit que l'addiction est la perte de la volonté de s'abstenir de consommer un produit ou l'impossibilité de contrôler son comportement. Aucun test biologique ne peut dépister une absence de volonté ou la perte de contrôle d'un comportement. Le diagnostic d'une addiction est clinique et se réalise en colloque singulier avec un médecin (clinique médicale). Les dépistages biologiques (sanguin, urinaire, salivaire) ne dépistent que la consommation récente d'un produit sans nous en dire davantage sur la fréquence de la consommation ni ses circonstances.

La complexité de ce sujet nous impose de bien préciser de quoi on parle afin d'éviter une confusion entre deux notions très différentes quant à leur signification et leur prise en charge : la consommation d'un produit qui, quand elle est modérée peut n'entraîner aucun danger mais en revanche être source de risque si la quantité est excessive, et l'addiction, c'est-à-dire la dépendance à ce produit. Dans le premier cas, l'individu garde la volonté de s'abstenir ou de contrôler sa consommation alors que dans le deuxième cas celle-ci est abolie.

Les dépistages biologiques servent à détecter la présence à un instant donné d'une éventuelle substance potentiellement dangereuse mais surtout à réprimer si l'utilisation de celle-ci est interdite ou si le taux retrouvé est trop élevé par rapport à une réglementation.

Ces critères qui se réfèrent à une loi ou une réglementation ne concernent pas le médecin du travail dont le rôle essentiel si ce n'est exclusif, est la préservation de la santé et surtout le contrôle de celle-ci. Les conséquences d'une consommation illégale et/ou délictuelle d'une substance relève en premier lieu de l'autorité législative (Police, justice, employeur) alors que l'addiction concerne les professionnels de la santé dans la mesure où elle nécessite des soins.

En entreprise, l'obligation de sécurité en matière de consommation de substances psychoactives relève donc de la gestion des risques et le dépistage biologique de ces substances si l'employeur l'estime nécessaire, de la responsabilité de celui-ci, et non des personnels de santé au travail, pour lesquels des tests biologiques ne peuvent être réalisés que dans un but préventif (dépistage de facteurs de risques d'altération de la santé).

La loi relative à l'organisation de la médecine du travail du 20 Juillet 2011, en donnant aux services de santé au travail le rôle de « prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail », risque d'aggraver la confusion des rôles entre l'employeur responsable de la gestion des risques liés au travail et les personnels de santé au travail chargés de leur prévention.

C'est pourquoi une revue consacrée à ce sujet nous a paru utile, afin d'aider les professionnels de la santé au travail à distinguer ce qui relève, concernant la consommation de substances psychoactives dans l'entreprise, de la gestion des risques et donc de la responsabilité de l'employeur, de ce qui relève du champ de la santé et donc des personnels de santé au travail.

De « l'alcoolophilie » à « l'alcoolophobie »

L'ALCOOL ET LE DIVIN

A toutes les époques, sur tous les continents, les hommes ont disposé (et souvent recherché) des substances "naturelles" modifiant leur état de conscience : Coca en Amérique latine, Cannabis en Orient, Moyen orient, Maghreb, Khat en Afrique, Opium en Asie, Alcool dans le bassin méditerranéen.

Ces substances "naturelles" ont sans doute été découvertes par hasard, empiriquement. Leurs pouvoirs "surnaturels" (modification des comportements), leur à conféré une origine magique dont on retrouve trace dans l'antiquité. C'est le cas des boissons fermentées contenant, ce que les alchimistes arabes appelleront plus tard, l'alcool : bière chez les Égyptiens (rituels funéraires), vin dans la mythologie grecque et romaine.

Ces substances ont souvent été considérées comme un lien entre le divin et l'humain, et utilisées dans de nombreuses pratiques religieuses. Le vin et les "liqueurs" sont évoqués plus de 500 fois dans la Bible :



Ivresse de Noé (qui a replanté la vigne après le déluge), épisode des "filles de Loth"...

Le vin sacralisé à travers les différentes cultures méditerranéennes, occupe une place centrale dans

le Christianisme : l'eau changée en vin (Noces de Cana, la Cène où le vin devient le sang du Christ (dans le dogme catholique).

Au cours des millénaires, les boissons fermentées ont conservé leur caractère divin, magique,

sacré... Sauf pour les arabes qui seront les premiers à se méfier du vin.

Au XIII^{ème} siècle, les alchimistes arabes, qui inventent la distillation, nomment le produit de cette distillation : " Al Kohol" : le subtil, l'illusionniste, le trompeur...

Les alchimistes occidentaux, qui cherchent "l'élixir de longue vie", le nomment à leur tour "Eau de ... vie ".

La culture sous toutes ses formes se fera l'écho de la sacralité du vin et de l'alcool : Pour Rabelais, Frère Jean des entommeurs boit " de la dive bouteille" (divine bouteille).

Jusqu'au 17^{ème} siècle l'alcool pose peu de problèmes sociaux. Seules deux législations sanctionnent les dérapages sociaux de l'ivresse (sous Charlemagne et François I^{er}) encore s'agit il plus de combattre le trouble à l'ordre public que l'ivresse. L'ivrogne, à ne pas confondre avec l'alcoolique, conserve une place sociale jusqu'au 17^{ème} siècle (Shakespeare).

Jusqu'à la révolution industrielle, la culture : (chanson, poésie, peinture, théâtre, littérature) valorise, glorifie, divinise les boissons fermentées et l'alcool.

L'observation de nos pratiques quotidiennes montre à l'évidence notre "alcoholophilie".

L'APPARITION DU « MAUVAIS ALCOOL »

La révolution industrielle bouleverse brutalement un ordre social et culturel millénaire. La mécanisation et le progrès scientifique et technologique provoquent deux phénomènes qui vont se percuter :

- l'avènement du prolétariat ouvrier
- la production d'alcool distillé en quantités industrielles.

Pris entre les rituels de nouvelles formes de

socialité (Erhenberg), et pour "tenir" face à des conditions de vie et de travail épouvantables (Zola), la population ouvrière va s'alcooliser massivement entre 1810 et 1850, dans tous les pays en voie d'industrialisation.

Le médecin Suédois Magnus Huss faisant en permanence le même constat clinique concernant des ouvriers utilisateurs d'alcool, écrit un traité médical "Alcoholismus chronicus" ? C'est en 1849 que le terme alcoolisme est inventé

Un puissant courant culturel et social va se structurer d'abord aux États unis, puis en Europe, qui diabolise brusquement l'alcool, autant qu'il a été divinisé : "L'ANTI-ALCOOLISME".

Pour échapper au phénomène de la dissonance cognitive, les cultures occidentales ont clivé les boissons alcooliques en bon et mauvais produits, les consommateurs en bons consommateurs et mauvais consommateurs. En France particulièrement, le phénomène devient politique et idéologique en 1871.

Le mauvais consommateur d'alcool (l'ouvrier qui consomme des alcools distillés) est assimilé à la " classe dangereuse " qui réclame des changements sociaux.

Le courant **alcoholophobe** était né.

L'alcoolique est alors décrit comme un être vil, dépravé, sans volonté, un taré. L'alcoolisme est assimilé à un vice.

Le clivage se structure jusque dans le discours médical et la législation.

Avec une telle définition (tare - vice - délinquance sociale), la prise en charge du phénomène est au niveau de sa représentation : **enfermement psychiatrique ou carcéral**, et sur un plan plus général : **discours moraliste et interdictif** durant le Dix neuvième siècle et la première moitié du Vingtième. Au début du Vingtième siècle les " Mouvements de tempérance " se fédèrent en " Ligue Anti-alcoolique ". **Le concept dominant est alors celui de la " Lutte anti alcoolique ".**

Après la seconde Guerre mondiale se développent les “cures de dégoût”, censées remettre le déviant dans le droit chemin par un conditionnement négatif (apomorphine en injection - disulfiram en comprimés et en implants...), en parallèle avec l'enfermement.

Dans les années 1950 apparaissent les premiers discours alcoologiques avec Jellinek aux Etats Unis (“Disease Concept of Alcoholism”), puis avec Fouquet en France, qui montrent enfin l'alcoolisme comme une “maladie”. (Maladie particulière certes, mais cette nouvelle vision des choses remet en cause l'idée du “vice”) Pourtant, cette approche n'est pas intégrée par le plus grand nombre. La “Ligue anti-alcoolique” prend le nom de “Comité National de Défense Contre l'Alcoolisme” (C.N.D.C.A). **Le concept dominant devient celui de “Défense contre l'alcoolisme” (assez peu différent du précédent sur le fond).**

Dans les années 1970, apparaissent d'autres discours que le discours moral des ligues anti-alcooliques ou le discours moralo-médical des médecins ; les psy, les sociologues, les systémiciens présenteront l'alcool et l'alcoolique sous d'autres aspects, mais jusqu'à une période récente personne n'a vraiment osé remettre en cause officiellement le dogme selon lequel l'alcool est un produit sans rapport avec les substances psychoactives nommées “drogues”. Ce

clivage des discours officiels alimentant le discours de sens commun : “l'alcool ce n'est pas pareil...” Cependant les prises en charge évoluent : “cure saharienne” (sulfate de magnésium), groupes de parole, psychothérapies... Les “Centres d'hygiène Alimentaire” sont créés en 1975 à l'initiative de Simone WEIL.

Il faut attendre le début des années 80 pour voir cette évolution se traduire sur le terrain de la prévention : le “C.N.D.C.A. se transforme en Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A.N.P.A.), qui est encore son nom actuel. Le Concept dominant est alors celui de “Prévention de l'Alcoolisme”.

Les professionnels de la prévention ont progressivement pris conscience des effets négatifs d'un tel concept qui reste marqué par la culture alcoolophile / alcoolophobe.

En effet, il s'agit encore et toujours d'un discours de clivage : le terme “alcoolisme” désigne toujours une minorité ayant des problèmes avec l'alcool. Pour les autres, il n'y a rien (pas de terme spécial), puisqu'ils sont dans la norme. Le risque est limité à ceux “qui abusent”.



90% des consommateurs d'alcool ne sont d'ailleurs pas alcooliques, réduire les choses à l'alcoolisme entretient encore l'illusion que l'alcoolisme est une sorte de stigmat affectant certains individus peu recommandables, le tout étant déconnecté de l'alcoolisation générale, (qui elle ne poserait pas de problème particulier).

Pour les alcoologues il est clair qu'il s'agit d'une illusion collective et d'une construction culturelle défensive ; le risque est pour tous même si le risque de dépendance ne concerne pas tous les consommateurs d'alcool, car les propriétés de l'alcool amènent aussi aux alcoolopathies (même en l'absence de dépendance), aux accidents routiers, aux accidents du travail, aux accidents domestiques... et là nous sommes tous concernés.

C'est la raison pour laquelle il semble beaucoup plus efficace (et réaliste), de parler de “Risque Alcool”, plutôt que d'alcoolisme, et même des “Risques liés à l'alcoolisation et à l'usage de substances psychoactives” en général. (Alcool / médicaments psychotropes / drogues illicites).

DROGUES ET TRAVAIL : UNE RÉALITÉ À PRENDRE EN COMPTE

Marie-Lucie HADJADJ

LES DIFFÉRENTS MODES DE CONSOMMATION

Usage simple : consommation occasionnelle, non dépourvue de risques

Usage nocif : consommation répétée entraînant des dommages pour le sujet lui-même et pour son environnement

Dépendance : consommation indispensable pour éviter les souffrances physiques et psychiques du manque. Perte de liberté vis-à-vis de la substance

LE DOPAGE AU TRAVAIL : UN COMPORTEMENT PARTICULIER

Il est question de conduites dopantes lorsqu'une personne consomme une substance chimique ou un médicament pour affronter un obstacle, réel ou ressenti, et/ou pour améliorer ses performances physiques, intellectuelles, artistiques, ...

LES DIFFÉRENTES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les substances illégales :

- Le cannabis
- La cocaïne (et son dérivé le crack)
- L'héroïne
- Les produits de synthèse (ecstasy, amphétamines, poppers, ...)

Les substances légales :

- L'alcool
- Le tabac

LES SUBSTANCES DÉTOURNÉES DE LEUR USAGE NORMAL :

- Les médicaments
- Les solvants

19% des 18-44 ans déclarent avoir déjà consommé en même temps au moins deux substances psychoactives. Le monde de l'entreprise est-il en dehors de cette réalité ?

Dans quelles situations l'entreprise est-elle interpellée par l'usage des drogues ? Comment peut-elle réagir ? Quels sont les moyens d'actions ? Pour quels résultats ?

Les drogues sont des substances psychoactives dont la consommation a pour effet immédiat de modifier les perceptions, l'humeur et le comportement. Selon les modes de consommation, le retentissement sera plus ou moins important sur la vie personnelle et également sur l'activité professionnelle de celui qui les utilise.

1. A QUEL MOMENT L'USAGE DE DROGUES DEVIENT UN PROBLÈME EN ENTREPRISE ?

L'usage de drogues en entreprise se manifeste de deux façons : la perturbation ponctuelle du déroulement du travail et la perturbation au long cours.

La **perturbation ponctuelle** prend le plus souvent la forme d'un trouble du comportement sur le lieu de travail. Le salarié est nerveux, irritable, agressif ou à l'inverse endormi, apathique, indifférent à ce qui l'entoure. Son comportement perturbe le déroulement normal de sa tâche.

Cet épisode peut passer inaperçu ou n'être repéré que par les proches collègues du salarié qui pallieront transitoirement au trouble. Ils réorganiseront le travail afin de limiter les risques d'accident, ils éviteront que le salarié travaille seul et exécuteront une partie de sa tâche.

Si ce comportement n'est que très occasionnel, il peut être toléré très longtemps par l'entourage professionnel et le responsable de l'entreprise n'est pas averti de la situation.

Il faut cependant ne pas oublier que, même ponctuelle, cette situation peut avoir une issue dramatique pour le salarié et pour l'entourage professionnel : chute mortelle, accident de chariot automoteur, etc.

La **perturbation au long cours** peut être la survenue d'anomalies à répétition dans la réalisation des tâches confiées au salarié, des absences répétées (souvent le lundi matin), une dégradation des contacts entre le salarié et ses collègues. Les collègues, lassés de pallier les erreurs à répétition du salarié ou de faire son travail à sa place font remonter l'information

ATTENTION !

Devant un trouble soudain du comportement du salarié, il faut d'abord éliminer une cause professionnelle : intoxication par voie respiratoire (vapeurs de solvant, fumées de combustion, etc.), coup de chaleur, ou autre.

Le problème est alors de gérer un accident de travail.

vers leur supérieur hiérarchique. Le service des ressources humaines repère les absences à répétition. L'employeur est alors alerté.

2. LEVER LE DÉNI SUR L'USAGE DES DROGUES AU TRAVAIL : LA FIN D'UN TABOU ?

L'employeur, une fois alerté, ne peut plus nier le problème.

Il doit s'interroger sur les conséquences possibles de l'usage d'un produit psychoactif dans le cadre de l'activité professionnelle de son entreprise. Il lui faudra évaluer l'importance des répercussions de l'usage de drogues à chaque poste, sur le collectif de travail, sur la vie de l'entreprise et sur les tiers.

Il doit également s'interroger sur les relations éventuelles entre conditions de travail et consommation de substances psychoactives par ses salariés (stress, horaires atypiques, charge de travail importante, etc.).

3. PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

L'employeur signifie à l'usager de drogue que son comportement n'est pas compatible avec le travail :

- Dès la constatation du trouble du comportement, il retire le salarié de la situation de travail. (...)
- Dans les jours qui suivent, il convoque le salarié pour un entretien individuel. Il lui rappelle le comportement qu'il attend de lui au travail et suivant le contexte, il prend un rendez-vous pour son salarié auprès du médecin du travail.
- Dans le même temps, l'employeur informe le médecin du travail du motif du rendez-vous.

4. A DISTANCE DE L'ÉPISODE INDIVIDUEL IL PEUT ÊTRE UTILE D'ORGANISER UNE RÉFLEXION COLLECTIVE :

- Mettre en mouvement toutes les instances représentatives de l'entreprise : CHSCT, CE, etc. pour développer une réflexion sur les problématiques que peut soulever l'usage de drogues au travail.
- Réévaluer les risques pour le salarié et pour

les tiers en s'appuyant sur le Document Unique. L'usage de drogues à certains postes peut avoir de lourdes conséquences.

- Définir une procédure pour le traitement des problèmes de drogues au travail. Elle peut être transcrite dans le règlement intérieur de l'entreprise.
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'entreprise sur les conséquences de l'utilisation de produits psychoactifs au travail : réunions, distribution de dépliants, affichage, etc.
- Informer les acteurs de l'entreprise de l'aide possible des services de santé au travail.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES 3 ACTEURS : ENTREPRISE, SALARIÉ ET MÉDECIN DU TRAVAIL

L'Entreprise :

Elle définit les conditions de travail de chaque salarié. Elle est consciente que la consommation de substances psychoactives peut profondément modifier ces conditions. Elle lève le tabou en menant sa réflexion collective. En cas de problème individuel, elle applique sa procédure de

prise en charge en veillant au respect de la confidentialité.

Le Salarié :

Il est là pour faire son travail avec un comportement acceptable par la collectivité et doit avoir conscience que la consommation de drogues au travail est source de dangers.

Le Médecin du travail :

En tant que conseiller de l'employeur, il fait des propositions et accompagne l'entreprise pour le traitement collectif des problèmes de drogues. Sur le plan individuel, il donnera son avis sur l'aptitude au poste, mais, tenu au secret médical, il ne donnera pas, à l'employeur, de renseignements sur la maladie du salarié.

En tant que conseiller du salarié, il l'informe des dangers professionnels supplémentaires que créent sa consommation de substances psychoactives et des risques médicaux pour sa santé. Il l'aide à sortir du déni et le guide vers une prise en charge spécifique. Puis, il l'accompagne lors de son retour au travail.

Rédigé par le groupe communication du Sistel, service interprofessionnel de sante au travail d'Eure et Loire.

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET ADDICTIONS : LE LIEN AVEC LE TRAVAIL

Fabienne ALCAIX



Contrairement à la consommation ponctuelle de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis...) qui peut faire l'objet pour la démontrer d'un dépistage biologique, l'addiction, autrement dit la dépendance à un produit et/ou à un comportement avec par définition l'impossibilité de contrôler cette consommation ou ce comportement, ne peut être diagnostiquée que lors d'un entretien approfondi avec le malade.

Aucun test biologique ne peut en effet aider le médecin dans ce diagnostic exclusivement clinique, et néanmoins indispensable à réaliser en raison de la nécessaire orientation du sujet vers des soins appropriés.

RÔLES SPÉCIFIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL

Mais en santé au travail, le rôle des professionnels ne s'arrête pas à l'orientation vers les soins. Ils doivent rechercher un lien avec le travail, soit comme cause essentielle de l'addiction, soit comme facteur aggravant une addiction préexistante.

La clinique médicale du travail a donc dans le domaine des addictions comme dans les autres risques professionnels, une place privilégiée. L'entretien avec le salarié doit rechercher, grâce à une écoute attentive de celui-ci, ce qui est important dans son travail, ce qui le satisfait, ou au contraire ce qui lui pose problème voire le fait souffrir. Il faut être attentif aux mots prononcés, surtout quand ils paraissent excessifs vis-à-vis d'une situation donnée, car ils sont l'ex-

pression du vécu du salarié dans son travail. L'échange avec le salarié doit permettre une analyse fine de l'activité de travail et surtout rechercher un retentissement éventuel de celle-ci sur l'état de santé ou le bien être individuel. Ainsi à l'évocation de certains symptômes (troubles du sommeil, hypertension artérielle, troubles musculo-squelettiques, dépression...), qui doivent faire penser à une cause professionnelle, il faudra rechercher les événements dans le travail pouvant en être à l'origine, ainsi que leur date de survenue par rapport à l'émergence des symptômes.

AIDER LE SALARIÉ À COMPRENDRE CE QUI LUI ARRIVE

La chronologie des faits professionnels est indispensable pour établir une corrélation éventuelle avec les troubles de la santé. Pour ce faire, il ne faudra pas hésiter à questionner le salarié sur le quand ? pourquoi ? comment ? L'entretien devra également aider la personne à comprendre ce qui lui arrive et surtout déterminer quelle stratégie elle a mise en place pour tenter d'aller mieux (coping). La consommation de produit (Tabac, Alcool, Cannabis) peut être un moyen pour tenter de diminuer une anxiété, des difficultés à s'endormir, une peur (exemple de la peur du vide chez les travailleurs du bâtiment) ou au contraire d'augmenter la performance au travail ou la créativité dans certains métiers soumis à de fortes contraintes de production (Cocaïne). En même temps que le recours à des produits, certaines personnes vont agir sur l'activité de travail pour essayer de pallier aux difficultés rencontrées : c'est le cas par exemple, de salariés qui, surchargés de travail et/ou insuffisamment formés pour effectuer la tâche à accomplir, vont rester plus longtemps au travail pour compenser par la durée de présence, ce qu'ils vivent comme une déficience au travail. L'allongement de l'amplitude horaire au travail peut aboutir à une véritable dépendance au travail (Workaholisme).

De même, l'asservissement d'un salarié aux outils de communication électronique (planning, téléphones et ordinateurs portables, Internet, Smartphone...) parfois impulsé par l'entreprise qui fournit gratuitement ces outils à son personnel, est également souvent le résultat d'un essai d'adaptation à des difficultés professionnelles : être joignable à tout moment, être informé en

temps réel de ce qui se passe dans l'entreprise (lecture de courriels professionnels la nuit par exemple) peut, dans un premier temps rassurer le cadre débordé, en lui donnant l'illusion d'être performant puisque en connexion permanente avec son entreprise. Mais rapidement, ce dernier ne sait plus travailler sans l'aide de ces machines qui paradoxalement présentent la particularité de casser le lien social : toujours connecté mais jamais entouré ! La dépendance est entretenue par la culpabilité du salarié qui s'en veut de ne pas « être à la hauteur » sans pour autant connaître le niveau de celle-ci... Et alors, la séparation entre la vie professionnelle et la vie privée n'existe plus. L'« attachement » à l'entreprise prend bientôt la place de l'attachement à la famille, à la vie sociale et progressivement le salarié perd tous ses repères et les soutiens essentiels à son équilibre psychologique : l'échafaudage de fortune s'écroule !

RECUEILS DES DONNÉES INDIVIDUELLES ET SYNTHÈSE COLLECTIVE

C'est en retraçant avec le salarié l'historique de ses difficultés professionnelles, des stratégies de défense adoptées, ayant généré une addiction avec ou sans produit, que le professionnel de santé au travail aidera le sujet à réfléchir sur les améliorations à apporter de lui-même sur ses conditions de travail.

Enfin, l'entretien d'un salarié doit être l'occasion de faire le lien entre les difficultés observées à titre individuel et le reste de la collectivité de travail (cas unique ? cas semblables dans la même équipe ? dans d'autres postes identiques ?)

En effet, la clinique médicale du travail dans le domaine des addictions, doit permettre de découvrir comment à partir d'un événement de crise en entreprise ou d'une conduite addictive, il est possible de décrypter un dysfonctionnement dans l'organisation de travail, à partir d'un cas individuel de réaliser une analyse collective des problèmes rencontrés au travail, et ainsi, d'identifier les éléments de l'organisation de travail qui peuvent en être à l'origine. Les personnels de santé au travail devront alors alerter le milieu de travail sur ces risques psychosociaux et proposer des solutions pour les éviter.

Gérard LUCAS

C'est à partir d'une éventuelle perturbation du travail que la question intéresse le milieu de l'entreprise et interpelle le professionnel de santé au travail. Sans perturbation du travail, l'identification d'une addiction renvoie aux conseils et aux médecins traitants.

En 23 ans de pratique dans les mêmes administrations, l'addiction à l'alcool est celle qui a posé de loin le plus de problèmes de santé et de perturbations du travail.

J'ai été confronté aussi ponctuellement à la consommation de cocaïne, associée dans une position hiérarchique à un relationnel agressif.

Occasionnellement, j'ai porté mon attention sur une héroïnomanie dont la seule perturbation au travail résidait dans le soupçon de vols dans les bureaux.

J'ai été quelques fois interpellé pour des suspicions de consommation de cannabis, pas forcément infondées, mais sans perturbation du travail identifiable en dehors de l'allure du sujet et une certaine distance à l'égard de conventions.

Régulièrement j'ai eu à accompagner des dépendants aux benzodiazépines dont l'effet sur l'altération et la diminution de la production de travail était très significatif, mais difficile à faire comprendre moins au sujet lui-même qu'à ses soignants médecins généralistes et psychiatres.

La préoccupation majeure en santé et travail est donc celle de l'addiction à l'alcool et ses interactions avec travail. Loin d'une théorie ou d'une démonstration, c'est à partir de cas cliniques que je vais tenter de vous montrer comment chaque cas rencontré est intensément lié au travail et comment à partir de l'entreprise et de la médecine du travail, c'est le traitement de la valeur travail qui va pouvoir être une clef de la thérapeutique.

Cette question de l'interaction entre travail et alcool est un vrai problème de santé publique. En 23 ans, en suivant un renouvellement d'environ 1500 agents de l'administration par an, pas moins de dix décès prématurés et plusieurs dizaines de Congés longues maladies et/ou longues durées sont dénombrés dans cette catégorie, mais aussi plusieurs dizaines de reprises de travail efficaces après la prise en compte de la dimension travail.

1 - CAS CLINIQUES DE MON EXPÉRIENCE PERSONNELLE

D'abord des histoires d'échecs jusqu'au décès.

Comprendre dans les échecs des addictions ce qui a manqué dans la prise en charge du travail.

Mr A est agent d'exploitation dans une subdivision de l'Équipement. Il est de ces agents que vous avez vus sur nos routes départementales de l'époque, entretenir les routes et leurs dépendances en assurant les travaux de réfection, les signalisations, le fauchage, le débroussaillage des abords routiers, ou le curage des fossés. Il m'est signalé comme bon ouvrier mais depuis quelques mois, il abuse de sa production parallèle de petit viticulteur, et fait l'objet d'un certain rejet de ses collègues en raison d'absences imprévues et de comportements verbaux colériques. « *C'est un alcoolique, il faut le soigner* » Mr A dénie. En quelques consultations que j'arrive à faire motiver par son chef, une relation de confiance s'établit entre nous. Prise de conscience, contact avec son médecin trai-



tant, sevrage, cure et perspective de reprise au bout de 6 mois. L'échange pour cette reprise met à jour une dépossession de son poste de conducteur d'engin (tracteur, débroussaillage, pelleuse, qui lui avaient été retirés partiellement au nom de la polyvalence puis totalement

au bout de quelques mois en raison de son état. L'encadrement refuse de le remettre sur ce poste trop à risques et l'affecte à la maintenance de l'atelier, en s'engageant de lui même à veiller à l'absence d'alcoolisation sur le lieu de travail. Quelques mois plus tard, en visite périodique systématique, je suspecte une reprise de l'alcoolisation. Je lui fais part de mon doute entre son déni et mon impression clinique d'alcoolisation, et il dit contrôler, mais il accepte un contrôle d'alcool de l'air expiré avec un testeur électronique dont les résultats resteront confidentiels entre nous. Il revient 15 jours plus tard, un matin, sûr de lui : il n'a pas bu depuis la veille, mais le résultat est sans appel : 75µg d'alcool par litre d'air expiré soit 1,5 g d'alcool par litre de sang. Ce qui signifie une dépendance chronique forte et une alcoolisation constante. Je suggère un contrôle régulier de l'alcoolisation, de pair avec la reprise au moins partiel de son poste de conducteur d'engin, mais l'encadrement refuse à nouveau prétextant que ça se passe pas si mal à l'atelier, et qu'il n'est pas question de prendre des risques sur la route avec ce type de personnage.

3 mois plus tard, il est de nouveau en arrêt de travail pour une décompensation hépatique, et décèdera 18 mois plus tard en 1999.

D'autres ouvriers ont été exclus ainsi mais aussi des agents administratifs.

Mr B, instructeur dans le service logement pour les subventions aux bailleurs privés, consommateur d'alcool identifié par tous depuis des années, sera dépossédé de sa fonction suite à une plainte d'usager pour agressivité au sujet d'un dossier ou manifestement il est le bouc émissaire d'un manque de cadrage de l'activité. Il est reclassé dans un placard sans mission, seul dans un bureau. Il menace de révéler des secrets de malversation de son administration. Après plusieurs consultations et constat partagé de son alcoolisation et d'une hypertension artérielle importante, Mr B semble comprendre comment il s'enferme par ses menaces et la poursuite de son alcoolisation. Il entame une thérapie médicale et j'insiste auprès de la direction pour qu'il retrouve une activité « digne » voire avec contrôle de son alcoolisation, dont cette même direction n'a pas le temps de s'occuper pour, je cite : « *un paranoïaque alcoolique* ». Quelques semaines plus tard, après avoir montré ostensiblement une consommation de bière au restaurant de l'administration, il décède dans

son bureau en début d'après midi d'un arrêt cardiaque qui sera qualifié de mort naturelle.

Mr C exerce une fonction de comptable administratif apprécié. Lui aussi est un consommateur coutumier de boissons alcoolisées. Son entourage lui même admet que les effets d'une telle consommation sont apparus nettement plus anormaux à la suite d'une restructuration du service où il s'est considéré comme mis sur la touche. Cures de sevrage et tentatives de reprises qu'il considère comme sans reconnaissance, avec des absences répétées non statutaires. Il sera découvert décédé à son domicile, 3 jours après une de ses absences.

Mr D est dessinateur dans une subdivision de l'Équipement. Lui aussi est un habituel consommateur de boissons alcoolisées, mais qui tient la route entre quelques excès, et est reconnu comme plutôt efficace dans son travail. Il s'adapte assez bien au milieu des années 1990 à la DAO par autocad, logiciel de conception de plans non sans revendication d'exigences sur le plan de la formation ; c'est une grande gueule. Dernièrement un de ses anciens chefs du début des années 2000 me conte comment son comportement semblait d'autant moins perturbé que les projets qui lui étaient confiés étaient importants et intéressants. En 2006, il me confie comment l'abandon progressif des projets d'ingénierie publique pour les communes l'irritent et le révoltent. Quelques mois plus tard, il mute au service maritime et fluvial, où il s'imprime brillamment me dit sa hiérarchie, dans des projets de réfection de digues pour le Fleuve. En 2009, toutes les études sont sous-traitées. Son entourage alors déplore son comportement de plus en plus irritable. Étant alerté sur ses absences aléatoires, je m'enquiers avec l'assistante sociale sur l'hyper tolérance de ses absences, ni congé, ni arrêt de maladie et de la tolérance aussi de son alcoolisation manifeste au travail. C'est après 3 semaines d'une telle absence qu'il sera retrouvé moribond dans sa maison fin 2010, au milieu de bouteilles vides, avant de décéder à l'hôpital quelques jours plus tard. Quelques griffonnages laissés sur place avaient aussi été entendus par des collègues de travail tels que « *le boulot est mort* ».

Certes les personnages décédés de ces quatre histoires avaient des problèmes personnels et familiaux, et l'effet dépendance, accoutumance à l'alcool, a joué son rôle. Mais à chaque fois la décompensation est marquée par une perte du sens du travail.

DES ÉCHECS AVEC PERTE D'EMPLOI

Mme E femme de ménage se voit attribuer, par ancienneté au début des années 2000, la fonction de responsable de la quinzaine des femmes de ménage du siège de cette administration. Elle ne se sent ni légitime, ni reconnue par ses pairs pour assumer cette tâche d'ailleurs quasiment pas gratifiée. La hiérarchie persiste à considérer que l'ancienneté est le moins contestable des critères, et que de toute façon, les différences de niveaux de performances et les relations conflictuelles entre femmes de ména-



ge ont toujours existé. Ce sont des agents Berkany (ND : au statut de titulaire bâtarde conquis par la jurisprudence). Elles sont vouées à disparaître et à être remplacées par la sous traitance. Le comportement de Mme E se détériore aux yeux de tous les agents de l'étage qui constatent ses mouvements imprécis et son haleine. Les invitations du Secrétaire Général à améliorer l'apparence ne changeront rien, pas plus la consultation provoquée du médecin de prévention. Le déni est au départ complet. Ce serait « *les médicaments antidépresseurs que son médecin traitant lui prescrit qui provoquent ça* ». En plusieurs consultations, pourtant le déni et le défi sont levés et elle accepte l'idée qu'un contrôle de son alcoolisation serait normal et pourrait empêcher les excès. En accord avec l'intéressé, le Secrétaire Général et la Direction sont sollicités pour mettre en place un contrat de contrôle de son alcoolisation dans le sens du projet du règlement intérieur. Durant des semaines le Secrétariat Général se réfugie dans le silence. Mme E finit par décompenser physiquement et psychologiquement et se retrouve en arrêt de travail CLM puis CLD. Une tentative de reprise, alors que la mission de responsable est attribuée à la vice doyenne de ses collègues, échoue avec un sentiment de honte. Elle est actuellement encore en arrêt, en disponibilité d'office.

Mme F est affectée au Secrétariat Général dans une fonction de comptabilité des marchés à l'occasion d'une restructuration de la Direction Régionale. Ça fait plusieurs années qu'elle a présenté, à son poste de secrétaire de direction, des épisodes d'arrêts de travail associés à des excès d'alcoolisation minimisés par le Directeur Adjoint compassionnel. Sa nouvelle chef d'unité relève des erreurs, puis des insuffisances de travail attribuées spontanément à des périodes de troubles du comportement évoquant les effets de l'alcool. Mme F est toujours dans le déni « *avec promesse, yeux dans les yeux que ça va s'arranger* ». J'avoue mon impuissance et propose de formaliser, à mon intention, les fautes et insuffisances professionnelles de telle sorte qu'elles lui soient opposables, en l'invitant à prendre en charge sa santé y compris en me consultant. Il faudra des mois pour que cette formalisation de faits concrets soit réalisée car,

dit la responsable, c'est délicat cela pourrait porter préjudice dans son dossier. Ce sera finalement fait et je la reçois plusieurs fois en consultation avec ce document témoignant d'erreurs et d'insuffisances professionnelles. Progressivement le déni est levé. Elle change d'unité et la nouvelle chef accepte le principe du contrôle. À plusieurs reprises elle est reconduite à son domicile, le matin, en état d'alcoolisation confirmé après suspicion. Pendant 6 mois, elle retrouve une activité jugée « pratiquement normale » et une réappréciation de ses collègues. Avec la restructuration de 2009, elle rechange d'unité, les contrôles s'arrêtent. On me fait appel bien que ce ne soit plus moi qui l'ait en charge de suivi médical. Elle refuse légitimement de me voir. En quelques semaines, son état se dégrade, elle est depuis presque 2 ans en arrêt de travail, malade et extrêmement diminuée, me confie l'assistante sociale.

MAIS AUSSI DES PARCOURS DE RÉHABILITATION AVEC LE TRAVAIL

Mr G Agent d'exploitation dans une subdivision nous désespère au début des années 1990 : depuis plusieurs années il a bénéficié de traitements et de cures de sevrage qui ont toujours été suivis de rechute. Il est considéré par sa hiérarchie comme mauvais élément, non fiable, mais sans élément concret. Il est systématiquement affecté à des travaux manuels d'entretien des dépendances, car vous pensez bien que pour des raisons de sécurité évidente, on ne peut plus prendre le risque de mettre un gars comme ça sur le tracteur comme il le réclame. La concertation avec l'assistante sociale et le médecin traitant révèle des tensions familiales, mais il tient à sa famille et il n'y a pas de déséquilibre financier. Impuissance face aux rechutes !

C'est en plein après midi que l'assistante sociale m'incite à stopper mes consultations pour venir la rejoindre. Un des collègues de Mr G est spontanément venu à l'occasion de la préparation de son départ à la retraite nous dire des choses importantes : Mr G, nous dit-il, est victime depuis plusieurs années de son chef d'équipe avec la complicité de son contrôleur. Ce collègue peut parler maintenant puisqu'il s'en va. Depuis des années, le chef d'équipe a confié la place de conducteur du tracteur à un nouvel agent membre de sa famille au détriment de Mr G. Pire, (il faut dire les choses comme elles sont dites) il envoie Mr G sans véhicule faire des travaux manuels à un bout du canton pendant que lui même rendait visite à la femme de Mr G. Pourquoi ce comportement pervers n'est il pas dénoncé ? D'une part, Mr G est sans doute le seul à ne pas savoir exactement ce qui se passe, et d'autre part aucun agent ne peut dénoncer à cause du camion de sable.

Quel est le rapport ?

(Le camion de sable : Sur les chantiers de travaux publics persiste parfois très fréquemment un peu de matériaux supplémentaires. Dans un centre d'exploitation de la route, il y a toujours un jeune qui entreprend la construction ou l'aménagement de sa maison qui aurait bien

besoin d'un camion de sable dont il va pouvoir bénéficier discrètement sans aucune trace officielle, mais au su évident de tous.

Le chef d'équipe va profiter lui, d'un camion de bitume en trop qu'il va étaler et rouler le soir avec des amis et du matériel de l'entreprise ;

Le contrôleur lui, va faire étaler le bitume en trop sur 200m² devant sa maison sur le temps de travail.

Bien sûr il n'est pas impossible que le technicien supérieur qui a évalué les quantités comme il fallait ou l'ingénieur chef de la subdivision ait eu leur part ... mais on comprend très vite que le contestataire ou l'opposant dans le groupe se fera rappeler à l'ordre et que le vol dont il a été le bénéficiaire serait dénonçable.

Quand un intervenant de l'extérieur s'étonne d'une organisation irrationnelle ou inéquitable ou inadaptée ou d'une inertie à une modification du travail, il aura bien de la peine à comprendre et remettre en cause ce qui est non-dit).

Bref, Mr G a pu parler, se faire accompagner par des soins, faire le deuil de cette situation, et obtenir un poste dans un autre centre, sans contact avec le chef d'équipe pendant un an, sans problème. Parallèlement, j'ai su, sans jamais m'en être occupé, qu'il s'était séparé de sa femme « avec de la sérénité » m'a assuré l'Assistante de service Social.

Un an plus tard, il me sollicite une consultation, paniqué, parce qu'il a recommencé le dernier week end à boire. Pourquoi ? Le travail vient d'être réorganisé et le fameux chef d'équipe vient d'avoir la responsabilité d'adjoint du contrôleur de la planification de travail des agents des trois centres d'exploitation de la subdivision. Il vient de se reloger à proximité du nouveau centre et de rencontrer une compagne, il n'a pas les moyens ni la volonté de partir. Heureusement, il présente une double coxarthrose avancée qui va lui permettre d'être en arrêt de travail. La première opération se passe très bien, la deuxième se transforme en sepsis pendant 12 longs mois avant qu'il ne me re sollicite en préreprise. L'organisation du travail est toujours la même. Il estime ne plus avoir de problème avec l'alcool, mais il ne se voit pas reprendre sous les ordres de même chef d'équipe sans que ça se termine mal. Une ultime prolongation de l'arrêt est obtenue avec le médecin traitant.

Sa compagne a une occasion d'emploi dans la région parisienne. Finalement, il va pouvoir muter dans un centre proche de l'emploi de sa compagne avec l'aide du Directeur Adjoint de la Direction Départementale qui me demandait de bonnes raisons de soutenir un tel candidat pour un poste manifestement convoité par d'autres agents. Comment ne pas trahir le secret professionnel, puisque l'agent manifestement ne lui disait rien. J'ai donc fourni l'argument suivant avec l'accord de l'agent : **la rareté** : « Depuis plus de 10 ans que je suis en poste, je ne suis jamais intervenu pour une affectation préférentielle » **et le risque** : « d'aucun penserait qu'il aurait de bonnes raisons d'en vouloir à mort à un des membres de la hiérarchie ». Le Directeur m'a fait confiance ; il l'a aidé.

5 ans plus tard Mr G est revenu me saluer pendant ses vacances. Il apparaissait plus jeune, il avait plaisir à me raconter son travail, son intégration et la bonne ambiance de son équipe dans la région parisienne.

Mr H, catégorie B, instructeur de l'Aide au Droit des Sols, (plus explicitement des permis de construire), m'est signalé sans être nommé par un de ses collègues, qui est sûr qu'il s'alcoolise et qu'il faut faire quelque chose. Je connais Mr H, il avait présenté il y a 15 ans un épisode d'alcoolisation quand il avait pris ce poste, mais avait repris le travail rapidement en s'affichant comme petit ex alcoolique qui ne buvait plus. Je le convoque sans réponse. Le poste de son chef d'unité n'est plus pourvu depuis bientôt 9 mois,



et Mr H se retrouve adjoint de l'attaché intérimaire. Ce dernier, très peu présent, alerté par moi, ne comprend pas cette alarme, puisque tout se passe bien, c'est un excellent élément.

Quelques mois plus tard, Mr H casse une voiture dans un de ses nombreux trajets entre les 2 sites où il est contraint de se partager depuis un an en raison d'une pénurie des effectifs. État d'ivresse. Blessé sans grande gravité, il est hospitalisé, sévré puis s'investit dans une cure de trois mois dans un centre de convalescence adapté d'où il prend contact téléphonique avec moi. Puis il viendra me consulter à deux reprises avant de reprendre le travail.

Il avait commencé à reboire d'abord en rentrant chez lui 3 mois après son investissement dans le 2^{ème} site à 30km, 2 jours par semaine et 1 mois après le départ de son ancien chef d'unité. Il ne voyait pas comment faire face autrement qu'en augmentant lui-même son investissement et son temps de travail, et il ne peut rien reprocher à ses collègues qui donnent déjà beaucoup. Dans un contexte d'une nouvelle application informatique qui « buggait » tout le temps et dont il était le correspondant. Il effectuait plus du double de dossiers que la moyenne départementale dont je venais d'apprendre qu'elle était la meilleure performance nationale ! La consommation a aug-

menté régulièrement. Sa consommation dépassait une bouteille de whisky par jour. Il avait arrêté de jouer de la guitare et sa participation associative. Je le cite : « *je travaillais comme un automate, sans vérifier toujours les informations manquantes ; je me demande comment il n'y pas eu plus de contentieux pendant cette période* ».

Il a repris le travail en 2005 en parfaite harmonie avec son nouveau chef d'unité particulièrement investi avec un clement de la pénurie et sans surcharge de travail.

Mr J ingénieur des TPE subdivisionnaire, m'est signalé par plusieurs de ses subordonnés y compris par son adjoint. Depuis 3 ans qu'il a repris le travail dans la même subdivision après 5 ans de passage dans le privé, il est irritable, colérique et porte préjudice à l'image du service dans des assemblées communales. À mes propositions de rencontre dans le cadre d'une visite quinquennale obligatoire, Mr J finit par me répondre qu'il n'a pas besoin de médecin. Son adjoint se dit de plus en plus en difficulté à cause de son comportement et de ses exactions. Il a alerté aussi la direction dont il ne sait pas ce qu'elle fait depuis. Oui, me dit-il, il y a des comportements professionnels anormaux, des dossiers bâclés, mais il ne se sent pas le droit de dénoncer son supérieur hiérarchique.

Je formalise le non respect de la visite quinquennale près de la direction qui me demande pourquoi. Je lui donne cette information. Je suis gêné. Il ne m'appartient pas de dévoiler les anomalies de travail qui m'ont été confiées dans le cadre du colloque singulier par d'autres agents. Certes elle a été alertée, mais elle a autre chose à s'occuper. Elle finit par diligenter une enquête, comprend assez vite, et me sollicite pour trouver une solution pour laquelle je décline de me substituer à l'intéressé. Mr J finalement vient me voir et d'emblée me décrit sa situation de travail. Oui il a vraiment augmenté sa consommation après sa reprise il y a trois ans dans le public. Il aurait pu rester dans le privé, où il gagnait plus d'argent mais avec un investissement de travail qu'il trouvait de plus en plus difficile. Il est donc revenu dans le public pour ces 5 dernières années, mais il a trouvé des conditions de travail particulièrement dévalorisées et a regretté rapidement ce retour.

Cet entretien lui a fait beaucoup de bien. Nous décidons de nous revoir les mois suivants.

Il a finalement retrouvé une mission au siège départemental sur le développement durable, sans stress des marchés, sans stress de responsabilité de management pour les deux dernières années, avant de repartir à la retraite en bonne santé.

CONCLUSION

Dans les trois derniers cas décrits, c'est l'investigation de la perturbation du travail et leur prise en compte pour une correction au moins partielle qui a permis la canalisation des addictions et non l'inverse.

TRAVAIL ET ADDICTION : RÔLE INFIRMIER EN SANTÉ AU TRAVAIL

Claire LIBLIN

La situation rencontrée en addictologie par les infirmières travaillant en entreprise reste souvent la prise en charge et l'orientation de salariés présentant un trouble du comportement en service. Mais il est toujours possible d'intervenir plus tôt, dans le cadre du dépistage précoce et hors du contexte de l'urgence (prévention primaire) Se situer dans sa consommation précocement –c.à.d. avant l'installation d'une dépendance- permet d'envisager une diminution des volumes d'alcool ingérés et donc une amélioration du bien-être.

Pour pouvoir développer ces missions, l'infirmière doit pouvoir s'inscrire dans une prise en charge globale du risque addiction par l'entreprise (règlement interne, développement des actions de prévention primaire relayant les campagnes nationales de Santé Publique) et travailler en collaboration avec le médecin du travail.

Pour explorer le rôle en prévention primaire que l'infirmière peut mettre en place, je développerai un cas concret :

Monsieur N. passe aujourd'hui sa visite médicale périodique au cabinet médical. Il travaille dans un service financier de l'entreprise.

Il y a 3 mois, il s'était présenté spontanément pour rencontrer le médecin du travail suite à l'augmentation de sa charge de travail. Depuis plusieurs années son service subit de nombreuses restructurations. A chaque création ou départ d'unités, c'est un travail énorme de transfert et de prise de connaissance des nouveaux dossiers à gérer avec un outil informatique inadapté à ces modifications permanentes. Il faut modifier manuellement les imputations comptables lors de la validation des factures et refaire de nouvelles commandes. En plus, une collègue est partie en retraite et n'a pas été remplacée : M. N et sa collègue se sont partagés son travail en fonction de leurs compétences. Mais en milieu d'année cette unique collègue a été mutée sur une ville voisine. Les mois sont passés, le travail s'est accumulé : beaucoup de factures sont en souffrance au centre de comptabilité à Paris. M. N. a tenté de répondre aux fournisseurs avec le peu de compétences qu'il a dans le domaine du paiement des factures pour les renseigner, mais souvent en vain... La direction réagit et sa collègue revient travailler pour trois semaines. Un « travail à la chaîne » pour résorber le retard : M. N à la rédaction des commandes manquantes, et sa collègue à la validation des pièces comptables. M. N. craque, et après trois jours d'arrêt maladie, reprend son service. L'angoisse le submerge et il se sent complètement incompetent.

Un matin après l'appel d'un énième fournisseur mécontent, il craque à nouveau et se présente au cabinet médical. Le médecin du travail a lon-

guement discuté avec lui à propos des réponses à apporter. Avec son accord, il contacte son responsable pour l'informer de la souffrance au travail suscitée par les réorganisations du service, évoque un besoin de formation aux nouvelles missions et la possibilité de déplacement de M.N une fois par semaine jusqu'au site de son ancienne collègue pour traiter ensemble les tâches les plus complexes.

M. N. est revenu voir le médecin une semaine après pour confirmer que la situation s'améliorait. Le médecin et moi-même, lors d'une tournée poste un mois après, avons eu l'occasion de le rencontrer à son poste de travail et il semblait satisfait des changements opérés.

J'accueille M. N dans la salle de soins infirmier et l'invite à s'asseoir.

M. N : L'intervention du médecin a déclenché une nouvelle organisation élaborée en équipe : ma collègue a fini de gérer le retard et moi j'ai repris le suivi de mes contrats mais cette fois de la création de la commande jusqu'au paiement de la facture, pour avoir une vision globale de mon travail. Les rencontres une fois par semaine sur le site de ma collègue me permettent d'affiner les derniers détails que je ne maîtrise pas encore. La situation au travail va bien mieux, pourtant je ne me sens pas bien dans ma peau, je déprime. Et en même temps je suis tellement nerveux. Je dors mal.

Infirmière : *Oui, vous n'avez pas l'air en forme, vous avez les traits du visage tirés. Qu'entendez-vous par déprimé ?*

M. N : Et bien je n'ai plus envie de rien faire : quand je rentre à la maison j'ai plus envie de voir personne, et même me lever me demande un effort.

Infirmière : *Et quand vous dites nerveux ?*

M. N : Eh bien, la moindre remarque de mon entourage m'irrite. Du coup je m'emporte vite ! Même la nuit, je fais des cauchemars... Le travail me demande beaucoup d'énergie ! Le soir je suis un vrai ours et je m'isole. J'ai du mal à m'endormir car je pense à tout ce que je n'ai pas eu le temps de faire. J'ai l'impression d'être sur le fil du rasoir.

Infirmière : *Comment essayez-vous de vous détendre ?*

M.N : La plupart du temps je regarde la télé en rentrant. Irrégulièrement, je prends un petit apéro pour me détendre. J'aurais bien envie de fumer une cigarette, mais j'ai arrêté depuis dix ans ! Ce serait vraiment dommage de craquer maintenant qu'au travail j'ai trouvé un rythme adapté...

Au sortir de la consultation: le médecin a mesuré la tension de M. N :16/10. Il lui a prescrit une prise de sang et l'oriente vers son médecin généraliste. Il sera revu dans trois mois à la demande du médecin du travail.

M. N revient au médical trois jours plus tard pour être prélevé. Il paraît toujours inquiet. Je lui propose de prendre sa tension, elle est à 18/10 même après un temps de repos allongé. Il ne décrit aucune douleur associée. Je l'incite à prendre rapidement rendez-vous avec son médecin traitant pour faire le point sur l'hypertension et les troubles du sommeil.





Quelques jours après, il revient pour disposer des résultats sanguins. Il veut les communiquer à son médecin traitant. La bio indique une perturbation sensible des gamma GT, VGM triglycérides et cholestérol.

Je le fais entrer dans la salle de soins infirmiers pour lui donner ses résultats :

Infirmière : *M. N, avez-vous de l'appétit en ce moment ?*

M. N : Oh non, depuis quelques temps je mange peu.

Infirmière : *Et en mangeant en général, buvez-vous de l'alcool ?*

M. N : Ah non ! Sauf le week-end avec les amis, mais rien de bien méchant ; comme tout le monde !

Infirmière : *Consommez-vous de la bière, du cidre ou du vin ?*

M. N : Du cidre, oui. 1 ou 2 verres aux repas. Il faut dire que mon voisin fait son cidre, donc c'est toujours agréable de goûter au produit du terroir. C'est comme du jus de pomme !

Infirmière : *Pourtant, le cidre, c'est bien de l'alcool. Quel que soit l'alcool que vous consommez -cidre, anisé ou rhum- les saveurs varient, mais la molécule d'alcool est la même.*

M. N : Ah oui ? Je ne m'en rendais pas compte...

Infirmière : *Si votre consommation ne vous semble pas être méchante, elle est pourtant supérieure à ce que votre organisme peut supporter. La quantité d'alcool jugée préjudiciable pour un homme aujourd'hui est de 3 verres par jour avec au moins un jour de la semaine sans alcool du tout, même dit faible. Quand on additionne votre consommation lors d'occasion festive à votre consommation journalière, il semble que vous êtes au-delà de cette recommandation. Vos résultats sanguins pourraient illustrer le fait que vous avez une consommation excessive et régu-*

lière. Vos troubles du sommeil, votre tension augmentée peuvent aussi être entretenus par votre consommation d'alcool. Qu'en pensez-vous ?

M. N : Je ne me suis jamais vraiment interrogé sur ma consommation d'alcool et ses conséquences. Cela s'est installé petit à petit, une habitude. Je ne pense pas que ce soit le problème. Je ne suis pas accro. Je peux me passer d'alcool facilement. Et je ne tremble pas le matin ! Je ne suis pas vraiment bien dans ma peau... Mais c'est le boulot : c'est ça mon problème !

Infirmière : *Suis-je la première personne à vous parler de votre consommation d'alcool ?*

M. N : C'est vrai que ma femme et mes enfants m'ont déjà fait des remarques auxquelles je n'ai pas prêté attention... Le médecin du travail l'autre jour a voulu estimer ma consommation, mais c'est tout, hein ? Et puis, peut-être que ces derniers temps effectivement, la bouteille d'apéritif ne dure plus aussi longtemps qu'avant... Que me conseillez-vous ?

Infirmière : *Vous souvenez-vous à quand remonte la dernière fois où vous n'avez consommé aucun alcool, même du cidre, pendant plusieurs jours d'affilé ?*

M. N : Oui, c'était... Il y a sans doute 5-6 ans...

Infirmière : Je vous propose dans un premier temps, si vous êtes d'accord, de tester votre dépendance à l'alcool.

M. N : Pourquoi pas ? Au moins, je saurai peut-être mieux où j'en suis...

Infirmière : *Pour cela, vous devez tenter d'arrêter de boire de l'alcool pendant 7 jours. Ni cidre, ni vin, ni bière. Et je vous propose de vous revoir le 8^{ème} jour pour vous aider à faire le point sur l'expérience. Par contre, si dès le 1^{er} jour vous ressentez une sensation de manque -des tremblements, une sueur profuse, ou encore des difficultés à vous concentrer- il faudra arrêter l'expérience immédiatement : le syndrome de*

sevrage doit être pris en charge médicalement et le faire à domicile sans traitement vous mettrait en danger. N'hésitez pas à prendre rendez-vous avec moi plus tôt dans ce cas. Quel jour souhaitez-vous démarrer cette expérience ?

M. N : lundi prochain comme ça je laisse passer le week-end. On peut prendre rendez-vous pour le lundi suivant ensemble ?

M. N ne revient pas le lundi.

M. N est revu par le médecin du travail pour la visite de suivi trois mois plus tard. Son teint est clair, son aspect est plus soigné qu'à la dernière rencontre. Je lui demande de ses nouvelles. Il évoque le fait qu'il a réussi à ne pas boire toute la semaine mais que cela a été plus difficile qu'il ne le croyait psychologiquement. Il n'a pas constaté de syndrome de sevrage. Sa femme lui a posé des questions et lui a confié qu'elle était contente de cet effort car elle lui trouvait meilleure mine ces derniers temps.

« Ca m'a fait l'effet d'un déclic, je ne m'étais pas rendu compte de mon niveau de consommation. Par habitude d'abord, et puis le travail m'a tellement absorbé et je n'avais plus de regard sur autre chose. Aussi, pour moi, le cidre n'était pas de l'alcool... J'aime toujours autant boire un bon cidre frais avec les amis, mais je ne bois plus quotidiennement. J'avoue que je suis moins déprimé. Je buvais trop, certainement. Mon médecin traitant m'a donné un anxiolytique à prendre quand je sens l'angoisse monter, et m'a demandé de consulter un cardiologue »

Avec l'aide de l'infirmière, M. N a pu évaluer son niveau de consommation et mettre en lien l'augmentation insidieuse de sa consommation d'alcool avec la dégradation de ses conditions de travail. L'alcool a été pour lui un anxiolytique efficace. Le rôle infirmier ne doit pas se limiter au simple recueil de données. Dans le domaine de l'addiction, l'approche globale de la santé de la personne dans son contexte de travail doit rester la priorité de l'infirmière comme elle sait déjà le faire pour d'autres risques professionnels.

UN BOUT DE CHEMIN AVEC MR S, OPÉRATEUR DE FABRICATION ET DE SOUTIRAGE.

Marie-Christine LIMAME

La demande émane de salariés des Ressources humaines et de membres du CHSCT : l'état de santé de cet opérateur se dégrade d'année en année ; il y a constat d'amaigrissement ; on dénombre des absences fréquentes pour maladies et accidents de travail ; il a été rétrogradé à un poste moins pointu sur le plan technique en raison d'erreurs à répétition. Tous évoquent une spirale d'échecs avec un risque élevé d'exclusion de l'entreprise.

A plusieurs reprises, Mr S vient à l'Infirmier pour des demandes de comprimés pour des maux d'estomac ou de dos. Il est toujours dans l'excuse : l'air penaud, il craint de me faire perdre mon temps. Recevant un dossier de la Sécurité Sociale suite à un accident de travail de mars 2010, il a des démarches administratives à faire (récupérer un triptyque et refaire le circuit des soins). Il me demande alors de l'aide pour comprendre ce que la Sécurité Sociale lui réclame. Il sort d'autres documents administratifs pour une hospitalisation en consultation du sommeil : son sommeil est perturbé ; il se réveille souvent fatigué et sa femme lui fait remarquer qu'il ronfle de plus en plus fort. Au travail, il dit à son chef qu'il se trouve « ralenti ». Comme Mr S craint des frais non couverts, nous téléphonons ensemble au service où il va dormir une nuit. Il n'a pas fait de prise en charge auprès de la mutuelle car celle-ci ne répond pas au téléphone. Je lui suggère alors de rédiger un courrier et de le faxer. Gêné, baissant les yeux, il me demande si je pourrais m'en charger. Il a aussi d'autres papiers concernant un rendez-vous à l'Ecole dentaire. Les douleurs dentaires sont très pénibles : il ne peut plus manger normalement et pense que son amaigrissement vient de là. Sans véhicule, il ne sait pas comment se rendre à Lyon. Nous consultons les trajets par train et en voiture sur Internet. A chaque fois, Mr S est dans la gêne et s'excuse « du dérangement ».

Le 28 juin alerte du DRH et du manager de production dans un contexte d'absentéisme, d'erreurs, de manque d'attention. Son chef de quart doit contrôler son travail ; le salarié est étiqueté « non fiable » Il a déjà reçu des courriers d'avertissement et eu des entretiens avec sanction. Notre cellule d'intégration et de maintien au travail rencontre l'opérateur : il est conscient du risque de licenciement. Nous proposons à Mr S d'intervenir et de rechercher avec lui une ou des solutions pour l'avenir. Dans quel domaine professionnel se sent-il le plus en difficulté ? C'est l'informatique. « Je n'ose pas car j'ai peur de faire des bêtises, de tout casser. A la maison, c'est pareil : c'est ma fille de 12 ans qui cherche

pour moi une voiture. Vous vous rendez compte : je dois demander à ma petite fille ! » Pour Mr S, de culture méditerranéenne, cette dépendance est mal vécue. Au travail, il sollicite les collègues ou le chef de quart pour remplir les ordres de fabrication. Là encore, sa peur de faire des erreurs le paralyse. Et comme il sent bien que les collègues en ont assez et que le chef lui reproche de ne rien comprendre malgré des explications répétées, Mr S est dans l'évitement : il se cache pour fumer, prend du retard dans son travail, oublie de faire ce qui lui fait peur. Nous sollicitons l'intervention du médecin du travail : celle-ci ne croit pas aux capacités de Mr S à rebondir, soulignant des addictions à l'alcool et à des drogues. Nous négocions auprès du DRH et du manager pour temporiser et obtenons un délai de 3 mois. Pour le manager, c'est la dernière chance accordée au salarié. Nous organisons une formation personnalisée en informatique sur un DIF afin que l'opérateur puisse s'approprier l'outil et réduire sa dépendance aux autres. Mr S apprend à éclairer le PC, à faire une recherche simple sur Internet (itinéraires, plan, sites d'achat en ligne). Le bilan est positif de la part du salarié et de la formatrice. Nous le revoyons détendu et souriant : il est conscient et content d'avoir progressé. Les soins dentaires sont pénibles mais il s'accroche : « Maintenant, je ne vais pas lâcher. Je vais m'occuper de moi bien comme il faut. » Il vient moins souvent à l'Infirmier pour des cachets. Côté informatique, je lui suggère de demander à sa hiérarchie la formation pour compléter les ordres de fabrication (OF), afin d'être autonome pour cette tâche. Le tuteur remettra à Mr S un guide d'aide pour compléter les OF. Après 1 heure de formation individuelle le 11 janvier 2011, le tuteur remarque que Mr S sait saisir les OF mais qu'il est bloqué au moindre problème informatique : il n'a pas appris. Le tuteur propose 1 heure de formation supplémentaire le 14 janvier pour compléter la maîtrise des aléas. Il suggère aussi à son collègue des exercices à faire entre temps mais Mr S n'y arrive pas car il n'y a qu'un écran et les autres opérateurs, ayant besoin du PC, l'interrompent sans cesse. Le tuteur soumet l'idée de travailler une semaine dans la même équipe afin d'être à proximité de Mr S pour superviser les saisies. Il a bien repéré les difficultés et est très volontaire pour s'investir auprès de son collègue. Refus du manager ... Or l'un des objectifs des entretiens annuels d'évaluation pour 2011 est la saisie correcte des OF : « 4 OF pas remplis, un blâme. » Mr S cumulerait alors un blâme par semaine ... Le tuteur a plastifié une carte reprenant la procédure informatique à suivre en cas d'aléa. Et un projet de

postes informatiques dédiés à la formation, dans une salle calme, est retenu.

Mr S n'est pas motivé par le travail sur informatique. Il se force à assurer le minimum pour garder son poste. Mais cette approche virtuelle du travail ne lui parle pas : « ça ne m'intéresse pas. Je m'y perds avec les icônes. Les autres savent se débrouiller. Fabriquer, soutirer, ranger, ça va. Saisir : non. » Ce qui lui plaît, c'est le terrain : les 5 S, le rangement, le nettoyage, l'anticipation dans la fourniture des matières premières. Il a repéré des problèmes qui le mettent en colère : le manque de disponibilité des chariots, qui provoque de l'attente (« après on est pressé et on fait des boulettes ») le manque de prévision des produits nécessaires à la production, l'absence d'esprit d'équipe (« chacun pour soi ») le manque de propreté (« normalement, chacun doit nettoyer son poste avant de partir ») les défauts de palettes de matières premières (« les sacs dépassent de la palette ; alors avec les fourches du chariot, on crève les sacs d'emballage et on en met partout : en soulevant les sacs, on en a partout sur soi. Et puis, les palettes vides, la ferraille, les emballages, ça traîne et ça s'empile. Moi, je range même si ce n'est pas à moi.») De plus, les opérateurs ne respectent pas tous le tri des déchets. Mr S préfère se consacrer à l'ordre et à la propreté de son secteur. « L'informatique, ça passe après ; ce n'est pas l'essentiel. Comme je ne suis pas à l'aise, c'est une perte de temps. » dit-il en regardant mon ordinateur avec haine.

L'HISTORIQUE :

Mr S a aujourd'hui 45 ans mais en paraît 10 de plus, comme de nombreux opérateurs de production du site. Il est né en France au sein d'une famille Maghrébine, dans une fratrie de 11 enfants dont il est le 9^{ème}. Ses soucis dentaires datent de l'enfance : il a été peu ou mal soigné « Vous savez, dans une famille nombreuse ... » A 14 ans, il commence un apprentissage en menuiserie, mais arrête à la suite d'un accident : la toupie sort de son arbre et est projetée au plafond ; en retombant, elle se casse en deux. Mr S n'a rien mais ses collègues lui font remarquer qu'il aurait pu y rester si la pièce était tombée sur sa tête. Effrayé, il quitte l'atelier à la fin de son stage. Il multiplie ensuite les petits boulots, les contrats précaires : il travaille sur les marchés, fait les vendanges, travaille comme ouvrier agricole. Il veut rapporter un peu d'argent à la maison pour aider sa mère : son père est alcoolique et ne subvient pas aux besoins de sa nombreuse famille. Mr S a ensuite une expé-

rience de préparateur de commandes en missions intérimaires. Grâce à son permis cariste, il entre dans la société en 1994 en CDD puis en CDI comme opérateur aux Huiles entières. Une première sanction en 2001 concerne le non respect des prises de pause (Il n'attend pas que son collègue revienne de pause et laisse les installations sans surveillance). Il a un accident de travail avec 15 jours d'arrêt pour sciatologie droite. En 2002, le médecin du travail note « quelques crises d'angoisse » et la prise de Lysanxia avec un arrêt maladie d'une semaine. En juin 2002, il touche une prime exceptionnelle pour son investissement au travail. En juillet de la même année, éclate dans l'usine un conflit dur auquel il participe activement avec blocage du portail. Il a un entretien préalable à sanction à la fin de la grève. En 2003, commentaire du médecin du travail : « angoisse : 1 Xanax le matin. Alcool quotidien : bière. Raideur lombaire. » En 2004, sa femme le quitte. En 2005, il souffre de lombalgie aiguë avec arrêt de travail de 2 mois. En 2006, le médecin du travail relève des lombalgies avec irradiation et préconise le port d'une ceinture lombaire. En 2007 nouvel avertissement pour non respect des règles d'absence. En juillet 2007, sanction pour non respect des règles de circulation sur le site. Il a un arrêt pour « déprime » de deux fois deux semaines. Il dit au médecin qu'il est furieux de ne pas avoir obtenu d'augmentation de salaire. Il prend du Tercian, des anxiolytiques et des somnifères. La nuit, il fait des cauchemars. Il a des difficultés à tenir son poste en équipe du matin, à cause de son traitement. Il vient au travail en vélo car n'a plus de permis de conduire depuis 3 ans. Au cours d'un nouvel accident de travail, il se blesse au pied et au genou. En 2008, l'infirmière de l'entreprise alerte le médecin du travail à la demande de l'entreprise : le salarié a des attitudes « bizarres », fonctionne comme un « zombie », quitte son poste, se rend au vestiaire toutes les heures sans motif. Son chef se demande s'il est « sous l'emprise d'un médicament ? » Lors de la visite médicale, le médecin du travail note la consommation de 10 bières par jour. Mr S vit seul. Il boit plus le week-end. Il a du mal à voir ses filles qui lui manquent. La hiérarchie le trouve « absent même quand il est là » Il est toujours sous Tercian. Il évoque des problèmes financiers et de « mauvaises fréquentations. » Le médecin du travail le met inapte temporaire et lui remet un courrier pour son médecin traitant. Il reprend plus tard la vie commune avec la mère de ses enfants. Il est sous Ixprim pour ses douleurs au dos. En 2009, il a un nouvel accident de travail avec douleur au dos. Il a du mal à déplacer les jerrycans de 20 litres. Son traitement est 1 Tercian 25 le soir, 3 comprimés de Subutex par jour, Lexomil 1₄, 1₄, 1₂ et 1 Athymil 6 le soir. Le médecin du travail note « prise probable de drogues ». En juillet 2009, le salarié reçoit une lettre recommandée dans laquelle sa hiérarchie insiste sur les efforts de l'entreprise à son encontre avec une longue liste de reproches sur ses absences injustifiées et répétées, sur son manque de productivité (25% de moins que les collègues) Il est donc muté aux Mastics, le secteur le moins noble de la production, celui qui demande le moins de compétences. Auparavant, Mr S ne fabriquait pas : il soutirait.

Il ne travaillait que sur la deuxième feuille des OF pour imprimer des étiquettes qu'il collait sur les fûts qu'il avait remplis. Donc il ne saisissait pas les OF, tâche qu'il laissait à son collègue par une répartition négociée du travail : « Toi tu sais et pendant ce temps, je range. » Alors qu'aux Mastics, il travaille seul et doit rentrer sur informatique les quantités consommées dans SAP afin de valider la production réalisée et de lancer les commandes de matières premières correspondantes. On peut faire l'hypothèse que Mr S n'a pas été bien accueilli à son nouveau poste par son nouveau chef dans un contexte de sanction et qu'il n'a pas été formé correctement à sa nouvelle tâche en informatique. Mr S a sans doute voulu se faire petit : ne pas se faire remarquer parce qu'étant dans le collimateur de la hiérarchie ? Bref, un collègue lui a montré une fois la procédure et depuis, il se débrouille ou pas.

En sept 2009, le responsable de production envoie un message au médecin du travail en s'interrogeant sur l'aptitude de Mr S à tenir son poste : « Le salarié alterne des phases d'hyperréactivité avec prise de parole en tous sens et de dépression. » En oct 2009, nouvel avertissement pour absence non autorisée. En nov 2009, il repasse le permis de conduire avec succès : la visite médicale préalable s'est bien passée. Il se remarie avec sa compagne. Il est très investi auprès de ses deux filles. En 2010, il a 3 accidents de travail :

- un accident de trajet avec des contusions et une cervicalgie ayant nécessité 1 mois de repos en janvier ; son vélo est hors d'usage,
- une lombosciatique gauche avec 4 semaines d'arrêt en mars,
- une lombalgie avec 21 jours d'arrêt en septembre.

Il a un nouvel accident bénin le 3 janvier 2011 : il repousse avec force le préhenseur d'aide à la manutention qui lui revient au niveau de la joue. Il va au vestiaire et crache un peu de sang : une molaire couronnée autrefois bouge. Il arrive très énervé à l'infirmerie : les soins dentaires sont longs, douloureux. Ses dents se chevauchent ; elles se déchaussent. Il craint de perdre la couronne ou la molaire touchée par l'accident. Il insiste sur le coût des soins dentaires : il demande un devis pour chaque dent. Le 31 janvier, même accident bénin que le 3 janvier. Dans les deux cas, c'est un lundi matin : Mr S dort très mal dans la nuit du dimanche au lundi. Le soir, il se couche tard car il n'a pas sommeil. Le lundi matin, il se sent fatigué et inattentif. Cette fois, c'est son nez qui a reçu la poignée du préhenseur... Mais il prend la chose avec bonne humeur, toujours dans la culpabilité pour sa maladresse. Je lui suggère de voir avec son médecin si le recours à un somnifère le soir quand il est en équipe du matin pourrait l'aider à trouver le sommeil. Il préférerait ne pas prendre de médicaments : « J'ai déjà pris beaucoup de cachets et j'ai peur de m'habituer. »

Il pense arriver tout doucement à maîtriser la saisie des OF. Je fais la remarque que si cette saisie est un objectif 2011 pour les opérateurs, c'est qu'il y a un problème, peut-être de forma-

tion ? Mr S m'explique alors qu'il ne faut pas saisir le vrai tonnage utilisé pour la production dans SAP et qu'il a mis beaucoup de temps à le comprendre et à le faire : les bigs bags pèsent 190 kg. Sur le bon de commande, il est noté qu'il faut utiliser par exemple 350 kg de produit. Mais il faut cocher dans SAP 2x190 kg pour re amorcer la commande de matières premières auprès de la Logistique. Et cela a été une réelle difficulté pour Mr S. Des collègues lui ont dit « Ecris 2 en face de 190 et ne te poses pas tant de questions ! Passe à la suite ... » A force d'ajouter 30 kg virtuels + 30 kg + 30 kg + .. à la fin, le service Matières premières réceptionne des bigs bags entiers commandés via SAP alors que des stocks sont encore disponibles. Pour éviter ça, il faut donc rectifier l'inventaire en permanence. Même chose pour des déversements de produits : parfois, les niveaux de contrôle sont bloqués, mais l'opérateur croit qu'il y a encore de la place et il ouvre la vanne alors que la cuve est déjà remplie et déborde. Qui doit entretenir les niveaux ? Normalement, c'est aux opérateurs, mais les intérimaires ne sont pas toujours bien formés. Si l'intervention de l'opérateur n'est pas efficace, alors il faut appeler la Maintenance. Mais les techniciens de maintenance ont parfois d'autres priorités. Mr S insiste : « Comme je vous l'ai dit, moi, ce qui m'intéresse c'est que ce soit propre et rangé. »

Le 7 février, le tuteur me demande si Mr S pourrait bénéficier encore de 2 heures de formation fractionnées : l'opérateur a un problème de mémorisation et perd pied s'il y a un problème. En bataillant ferme auprès du manager, le tuteur et moi obtenons 1 heure de plus. Le bilan du tuteur est positif : le salarié est plus à l'aise et remplit sans difficulté les bons courants. En cas de problèmes, il a plus de facilité, grâce notamment à sa « carte mémoire ». Le formateur propose de laisser du temps à Mr S pour bien intégrer l'apprentissage et revenir vers lui pour 2 x1 heure de perfectionnement afin de retravailler les aléas en cours de saisie. Il a remarqué la fatigabilité du salarié qui, au bout de 7 à 8 recherches perd pied : problème d'attention, de vigilance ? lié au sommeil, à un problème neurologique ? Bilan positif aussi du chef d'équipe : Mr S est attentif, présent à son travail, l'esprit clair.

Le 17 mai, Mr S passe sa visite périodique : le médecin du travail le trouve transformé : détendu, souriant, ouvert. Il n'est plus dans la plainte. Il évoque son traitement au Subutex et son suivi en consultation spécialisée. Il n'a plus besoin d'autres médicaments.

MON RESENTI :

Au début, j'ai eu le sentiment que cette histoire était trop lourde, que je n'y arriverai pas, avec l'impression d'avoir à vider la mer avec une cuillère. Il y avait aussi une course contre la montre : le licenciement de Mr S était en ligne de mire au cours de l'été 2010. Mr S se sent moins seul : il est épaulé par l'assistant RH, par l'infirmière et aujourd'hui par le tuteur. Etablir les diagnostics infirmiers m'a permis de me recentrer sur les besoins en cours, avec l'idée de faire un pas à la fois avec Mr S. sans m'épar-

pillier. Ne pas figer le salarié dans un état mais trouver une dynamique, dans ce cas, par la formation. Il a repéré des personnes ressources et se prend en charge bien en amont. A ce jour, il est un salarié comme les autres.

Diagnosics infirmiers :

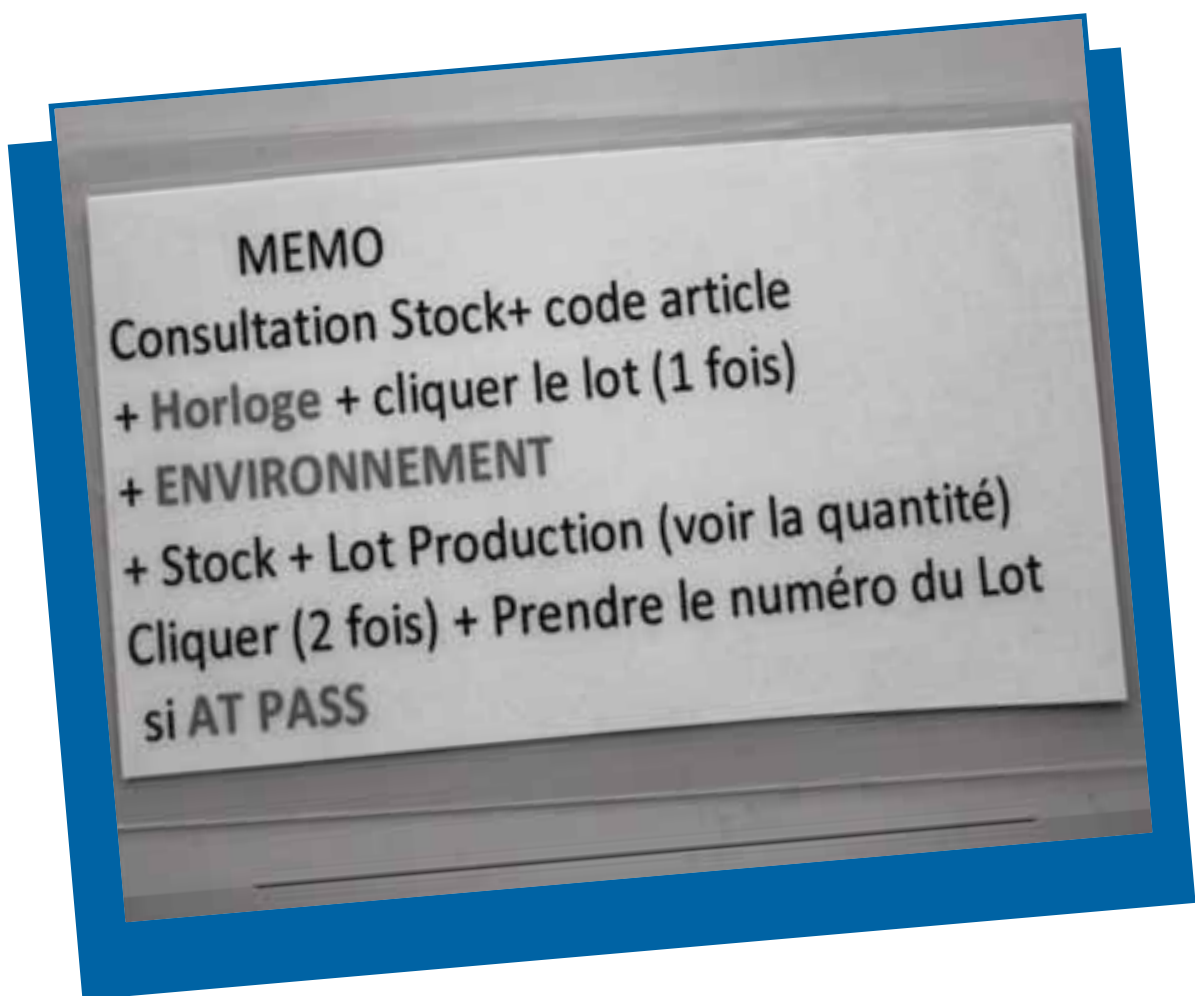
- Boire et manger : altérés par une dentition en mauvais état. Soins dentaires en cours.
 - Se mouvoir et maintenir une bonne position : étude de poste à mener ; voir les améliorations possibles au poste ?
 - Dormir et se reposer : sommeil perturbé en qualité et en quantité. Prise en charge en cours. Typologie à déterminer ? Ou traitement inadapté ?
- Besoin de sécurité : accompagnement par le RH, le tuteur et l'IST, formation, reconnaissance de ses points positifs.
 - S'occuper en vue de se réaliser : au plan professionnel. Redevenir un salarié comme les autres. Montée en compétences (et changement de poste ?)
 - Apprendre et découvrir : maîtriser l'outil informatique et gagner en confiance en soi.

Hypothèse : Le recours aux addictions peut être une béquille à l'anxiété de Mr S, à sa peur de ne pas y arriver, d'être stigmatisé aux yeux des autres, ceux qui savent faire. Il appréhende le jugement des autres. Il se sent défaillant dans son rapport à l'écrit et à l'informatique. Le départ de son épouse l'a sans doute renvoyé

à une image dégradée du chef de famille : comme son père, il n'assurait pas ou plus. Mais il a eu des périodes revendicatrices ; il a participé au mouvement social de 2002. Il a pu récupérer son permis et reprendre une vie familiale. Et la formation informatique peut lui donner confiance en ses capacités.

Objectif global : rétablir l'estime de soi par la montée en compétences professionnelles et recréer une dynamique de confiance entre l'entreprise et le salarié.

Plusieurs médecins du travail et infirmières ont travaillé dans cette entreprise : tout le monde a assisté à la dégradation de l'état de santé de Mr S sans intervenir sur le travail : à quoi sert le recueil de données de santé sans projet de soins ?



MÉDECINE DU TRAVAIL ET TOXICOMANE AUX OPIACÉS

Marie-Lucie HADJADJ

« La toxicomanie (ou dépendance) est la rencontre d'un produit par un sujet à un certain moment socioculturel »

Dr Claude OLIVENSTEIN

Dans une toxicomanie aux opiacés il existe :

- Une dépendance psychique, c'est à dire une quête compulsive du plaisir induit par la substance.
- Une dépendance physique qui se traduit par la souffrance somatique du manque.
- Une tolérance (ou accoutumance) au produit qui se traduit par la nécessité d'augmenter les doses pour garder le même effet.

Lors d'une toxicomanie aux opiacés la relation sujet/produit passe par plusieurs phases successives :

- La lune de miel : le plaisir est intense pour de petites doses, il n'y a pas de manque physique.
- La gestion du manque : le sujet gère les périodes de manque avec tout ce qui lui tombe sous la main et il reprend de la drogue dès qu'il le peut. Il est obligé d'augmenter les doses pour accéder au même plaisir. Le risque d'overdose est important.
- La galère : le sujet consomme quotidiennement le produit en grande quantité juste pour ne pas souffrir, pour pouvoir se lever le matin. Toute son énergie est concentrée sur la recherche du produit.
- La substitution : le sujet n'est plus en manque, il n'est plus obligé de consacrer tout son

temps, tout son argent et toute son énergie à la quête de drogue. Mais il doit faire le deuil du plaisir.

Conséquence de la toxicomanie sur la relation avec le travail et le médecin du travail :

Lors de la lune de miel, la toxicomanie est souvent vécue le week-end de manière festive. Si la toxicomanie est vécue au travail elle est plutôt perçue comme un « plus » : aide à la créativité, aide pour boucler un travail urgent... Le toxicomane n'en parle pas à son médecin du travail ni à aucun autre médecin ! Il est tout-puissant.

Lors de la phase de gestion du manque. Le sujet présente des troubles liés au manque : agitation, nervosité, tremblement, douleur etc. Il consulte en urgence, fait le tour des pharmacies pour obtenir des opiacés. Il harcèle sa famille pour avoir de l'argent. A ce stade il fréquente les soignants pour se soulager, pas pour sortir de sa toxicomanie. A ce stade c'est l'employeur qui interpelle le médecin du travail. A ce stade il est difficile de cadrer le sujet car sa préoccupation principale est la gestion du manque. A ce stade il est possible que le toxicomane soit dangereux pour lui et pour les autres.

Lors de la phase de galère, le patient n'est généralement plus salarié car la quête du produit est un métier à plein temps et qu'une activité salariée ne donne pas de revenus suffisants pour acheter de grandes quantités d'opiacés. Le patient est demandeur de soins. C'est à ce stade

que le patient peut entrer dans un cycle de soins.

Lors de la substitution, le patient est stabilisé, il a du temps libre par rapport à la phase de galère. Le retour à l'emploi est structurant. Se lever le matin, vivre le jour, rencontrer des gens hors du contexte de la galère sont des atouts précieux pour son rétablissement.

BIEN ÉQUILIBRÉ, LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION SONT NEUTRES ; ILS NE SONT NI STIMULANTS NI SÉDATIFS ; ILS PERMETTENT AU SUJET D'ÊTRE NORMAL.

Un traitement substitutif équilibré est moins sédatif qu'un cocktail antidépresseur +benzodiazépine+somnifère. Parfois le patient révèle son traitement de substitution au médecin du travail et le médecin du travail paniqué par cette révélation déclare le sujet inapte. C'est dommage ! Je pense que le médecin du travail inquiet devrait délivrer une aptitude temporaire puis se mettre en relation avec le médecin traitant du patient pour savoir si le traitement est équilibré et revoir le salarié avec cette information.

UN TOXICOMANE SOUS TRAITEMENT SUBSTITUTIF SUIVI ET RÉGULIER EST UN MALADE CHRONIQUE QUI SE SOIGNE.



APPORT DE L'EPP SANTÉ ET TRAVAIL DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS

Gérard LUCAS



L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en santé au travail par la méthode des Groupes d'analyse de Pratiques Entre Pairs (GAPEP) consiste à exposer la pratique réelle, de rechercher les références diagnostiques, thérapeutiques et réglementaires et de discuter librement de l'intérêt ou des insuffisances ou imprécisions de l'action menée par le praticien en matière d'identification du lien santé travail et de son accompagnement.

De nombreux cas ayant trait à l'alcool et travail ont été travaillés dans les GAPEP actuellement en fonctionnement en France avec E-pairs, organisme habilité par la HAS pour les médecins du travail. Ils montrent l'importance de les aborder du point de vue du travail. Voici un exemple présenté au colloque de juin 2010.

CAS CLINIQUE :

Dominique est conseiller d'assurance, il a 22 ans et possède un DESS de droit. A son embauche, la promesse d'évolution de carrière lui est faite sous réserve de prouver d'être un bon vendeur.

Après une autoformation sur l'intranet, il doit constituer lui-même sa clientèle d'abord par le porte à porte puis par téléphone (il lui est demandé de prendre l'annuaire et de choisir les prénoms anciens et de parler de conseil fiscal plutôt que de conseil financier). Le salarié a des difficultés par rapport à sa formation. Le salaire est uniquement à la commission. Il a un changement de son inspecteur de ventes et c'est difficile avec soit des arguments incitatifs (voyage à gagner en cas de bons résultats), ou des arguments coercitifs (il doit se justifier devant les autres de ses mauvais résultats). Il ressent des sentiments de honte et d'humiliation : il est ébranlé.

Un autre salarié arrive avec des manières de faire qui lui semblent plus correctes. Des nouvelles relations professionnelles s'instaurent avec une organisation du temps de travail plus libre mais aussi avec une dérive progressive vers le café ou le bar. Il en résulte une dégradation dans le travail et une augmentation de la consommation d'alcool. Parallèlement, il rencontre des difficultés dans sa vie privée. Il assiste au départ de son coéquipier et au retour avec l'inspecteur des ventes. L'équipe s'engage alors dans un challenge. Ce challenge est un échec et plusieurs collègues démissionnent. Dominique est désœuvré, il continue de boire et il a un accident de la voie publique, un retrait de permis de conduire et prend conscience de sa dépendance à l'alcool.

Suite à sa rencontre avec le médecin du travail, celui-ci lui propose d'approfondir le plan professionnel et les liens entre le vécu du travail et sa santé. Les liens avec le travail s'éclaircissent (ni le médecin généraliste ni le médecin alcoologue ne parlent du travail dans sa dépendance à l'alcool).

C'est lors de la rédaction du compte rendu pour la réunion du GAPEP que les liens avec le travail sont apparus, puis ont été intégrés comme élément de compréhension par le groupe.

Dans ce cas, l'interrogation sur la relation entre

le travail et l'alcoolisme a permis de rendre le salarié acteur de son action. Le médecin du travail a fait un courrier d'alerte à l'employeur. Ce courrier a été transmis au siège de l'entreprise qui a répondu par le déni.

Epilogue : Dominique a démissionné et a arrêté de boire.

Les arguments du médecin du travail face à un alcoolisme chronique pour un salarié occupant un poste de sécurité sont l'injonction thérapeutique et la menace sur l'aptitude. Mais l'investigation du lien santé travail n'est pas développée alors qu'elle permet une compréhension utile au salarié et à l'action.

À partir de l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des médecins du travail, plusieurs repères sont proposés :

- 1) La responsabilité de l'employeur et du médecin du travail ne sont pas identiques ? c'est la problématique des injonctions paradoxales.
- 2) Comment peut-on articuler aptitude sécuritaire et clinique médicale ? Et là, la clinique compréhensive, comment la place-t-on ? L'aptitude sécuritaire nous prive de la clinique médicale du travail donc de la compréhension.
- 3) L'approche issue des travaux du Pr DEJOURS (la psychodynamique du travail) fait partie des connaissances indispensables à la santé au travail mais nécessite une construction de la confiance entre le médecin du travail et le salarié dont l'émergence remet en cause le positionnement du médecin du travail. Notamment, par rapport à la question de la honte (souffrance éthique), de la peur au fond des mobiles impensables du travailler, les défauts de collectif d'appartenance face à l'individualisation managériale ?
- 4) Les observations de clinique médicale du travail sont en phase avec des connaissances issues de l'épidémiologie. Il y a un apport scientifique très large à réinvestir.

REMUE-MÉNINGES D'UN GROUPE DE SALARIÉS D'UN SERVICE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ AU TRAVAIL À PROPOS DES PROBLÈMES D'ADDICTIONS DANS SES ENTREPRISES ADHÉRENTES, EN 2010

Marie Lucie HADJADJ

Le compte rendu de ce remue-méninges restitue les discussions d'un groupe de salariés d'un service de santé au travail composé de médecins du travail, de secrétaires médicales, de secrétaires administratives, d'intervenants en prévention des risques professionnels et d'infirmières santé travail sur le thème « Addictions ».

Les problématiques abordées lors de ces débats ont été regroupées par groupe thématique pour la rédaction du compte-rendu. Ce compte rendu ne donne pas de solution, il exprime ce que pourrait être une prise en charge des problèmes d'addictions par un service de santé au travail.

À QUOI EST-ON ADDICTIF EN 2010 ?

- à l'alcool. Chez les plus de 50 ans, c'est normal, on en parle peu, déni, attention les ados prennent de + en + d'alcools forts, que dit le règlement intérieur de l'entreprise à ce sujet ?
- au tabac.
- au cannabis. Chez les jeunes surtout, consommation banalisée mais moins de déni, on en parle plus facilement. Le cannabis reste longtemps dans le corps et donc dans les urines.
- aux médicaments. Cette dépendance est probablement sous-estimée.
- aux jeux et à d'autres choses.

Et il existe des POLYADDICTIONS (addictions à plusieurs produits en même temps).

POURQUOI CONSOMME T-ON ?

- Parce que l'on a des problèmes personnels,
- Parce que c'est la culture de son secteur d'activité (BTP),
- Parce que c'est la culture de l'entreprise : il y a des pots avec alcool pour tous les événements, l'employeur facilite les pots, il y a de l'alcool dans l'entreprise,
- Parce que c'est la culture de la société,
- Parce qu'on est jeune, parce que l'on est vieux.

COMMENT ÊTRE SÛR QUE L'ON EST VRAIMENT EN PRÉSENCE D'UN PROBLÈME D'ADDICTION ?

Il est difficile de dire s'il existe une dépendance, il faudrait que les salariés de notre SST soient formés pour connaître ce sujet.

CAS FRÉQUENT : IL EXISTE UN CAS D'ÉBRIÉTÉ AIGUE CHEZ UN SALARIÉ :

Il existe un cas d'ébriété aigue dans une entreprise. Je suis secrétaire ou responsable de centre et je suis alertée par le chef d'entreprise. Qu'est ce que je fais ?

Est-ce que je passe la communication au médecin de l'entreprise (il n'est pas là, il ne travaille pas aujourd'hui). Est-ce que je passe la communication à un autre médecin présent au centre. Je n'ai pas du tout de médecin joignable (cela peut arriver dans un petit centre où travaille plusieurs médecins à temps partiel)...

Quelle réponse donner à l'employeur ? Le salarié n'est pas en état de travailler il faut une réponse urgente. Quels conseils donner ? Que dire à l'employeur ? Le groupe propose de responsabiliser l'employeur et de lui rappeler que sa responsabilité peut être engagée au pénal s'il ne fait rien. D'ailleurs, existe-t-il quelque chose au sujet des addictions dans son règlement intérieur ?

Quand la secrétaire doit elle recourir au médecin du travail ? Quelle situation faut-il médicaliser et comment ?

Qui emmène le salarié à l'hôpital ? L'employeur, les pompiers, ...

QUE POURRAIENT RÉPONDRE LES SALARIÉS DE NOTRE SST ?

Il faudrait établir une conduite à tenir pour chaque métier de notre SST. Qui fait quoi ?

Il faudrait que cette conduite à tenir soit discutée par les salariés de notre SST. Il faut accompagner dans le temps la mise en place de ce type d'actions par les salariés de notre SST.

Il faudrait disposer d'un document à distribuer ; peut être le même outil pour les salariés des entreprises adhérentes et les chefs d'entreprise des entreprises adhérentes.

Il faudrait que quelqu'un qui connaît bien le sujet des addictions, soit disponible, sur tous les temps d'ouverture de notre SST, pour répondre aux employeurs.

ET QUAND LES CONSOMMATIONS SONT CHRONIQUES DANS L'ENTREPRISE

- Pourquoi ça dure ?
- Est-ce un problème lié au travail ?
- Est-ce un problème à gérer en dehors du travail ?

ON FAIT COMMENT POUR PARLER D'ADDICTION AU TRAVAIL ?

Comment sont liés l'addiction et le travail ?

Il faudrait en parler dans les entreprises d'intérim car on y trouve beaucoup de jeunes qui banalisent + + + + les addictions (alcool, cannabis). Il faudrait leur expliquer que leur addiction est peut être un frein qui les empêche de trouver un emploi.

Pour les grosses entreprises et les petites entreprises c'est différent.

QUI RÉVÈLE LA PROBLÉMATIQUE INDIVIDUELLE D'ADDICTION DU SALARIÉ ?

C'est l'employeur, pour les participants au brain storming c'est l'idéal !

Mais souvent le salarié pense qu'il vient comme d'habitude à la visite périodique et l'employeur n'a pas abordé le problème avec lui ; l'employeur veut que ce soit le médecin du travail qui se charge de la révélation du problème.

Pour les participants au remue-méninges il est indispensable que le salarié soit informé par son employeur qu'il y a une incompatibilité entre les

troubles qu'il présente et son travail et qu'il y a danger pour lui et/ou pour les autres en cas de maintien au travail.

ET SI C'EST L'EMPLOYEUR QUI EST ADDICTIF ?

- Que répondre à des salariés qui nous informeraient de cet état de fait ?
- Que faire s'il n'y a plus de management dans l'entreprise ?

LES ADDICTIONS, POUR LES SALARIÉS DE NOTRE SST, C'EST COMPLIQUÉ + + + :

Avant toute intervention extérieure de notre SST sur ce thème vers les salariés des adhérents et/ou les responsables des entreprises adhérentes, il faudrait une réflexion préalable sur les addictions en interne pour tous les salariés de notre SST et que cette réflexion ait lieu en interprofessionnel, entre tous les métiers de notre SST.

PROBLÈME DES « DOSAGES » BIOLOGIQUES POUR DÉPISTER LES ADDICTIONS :

Problèmes des tests urinaires : les jeunes ont peur du contrôle urinaire pour le cannabis ; ils refusent l'analyse d'urines. Pour les substances dangereuses, certains SST font tous les dosages de toxiques possibles dans le sang (exemple chez Esso). Dans le secteur du transport : le problème pris en charge par le délégué sécurité qui prend en compte toutes les substances dangereuses.

Comment gérer la confidentialité quand on fait des dosages ?

Comment gérer les résultats des dosages ?

DE QUELS OUTILS POURRAIT-ON SE SERVIR DANS UN CONTEXTE D'ADDICTION SUR UN LIEU DE TRAVAIL ?

Une conduite à tenir pour les salariés de notre SST pour les problématiques d'addiction et en

particulier en cas d'ébriété aigue au travail serait utile.

Un outil écrit à distribuer pour soutenir le discours de notre SST sur ce thème. Mais un outil papier ne fait pas tout. Distribuer un prospectus sans accompagnement est inefficace.

Un outil commun pour les employeurs et les salariés semble une bonne solution : le salarié pourrait comprendre les obligations de son employeur, l'employeur et l'encadrement auraient des informations sur les maladies.

Un power point de sensibilisation pour les salariés des entreprises adhérentes.

Il faudrait des actions d'information sur les addictions en général en entreprise avec réunion de **tout le monde : salariés, employeur dirigeant de l'entreprise, encadrement intermédiaire et médecin du travail de l'entreprise**. Il faudrait que les actions soient faites par « un ou des » professionnels des addictions. Mais les entreprises n'ont pas de temps à perdre avec ces problèmes là. Elles ne donnent pas de temps pour ce type de réunion.

Il faudrait des actions « choc » : avec des photos, des vidéos ou bien mettre employeurs et salariés dans les conditions d'ébriété (lunettes spéciales, calculatrice évaluant l'alcoolémie, test de conduite sur circuit après consommation) pour qu'ils se rendent compte des conséquences possibles.

Un référent à mi-temps ou mieux temps plein, qui puisse répondre aux questions des salariés de notre SST, répondre aux questions des employeurs, répondre aux questions des salariés sur les addictions.

QUE FERAIT LE RÉFÉRENT ?

Ce serait une personne ressource qui expliquerait aux employeurs leurs responsabilités et qui pourrait écouter les salariés des entreprises adhérentes.

Ce serait une personne ressource pour les salariés de notre SST pour la prise en compte des situations d'addiction au travail.

Il faut une personne compétente dans la prise en charge des addictions et des addictifs ; ce

pourrait être un psychologue spécialisé, un addictologue, une personne formée dans une structure de prise en charge des addictifs, un médecin....

Quelles sont les taches du référent ?

- Le référent travaille sur le document à distribuer du SST.
- Le référent choisit des outils adaptés aux besoins du SST dans tout ce qui existe déjà.
- Le référent anime des réunions d'informations dans les grosses entreprises ou fait des réunions locales collectives pour plusieurs petites entreprises.
- Le référent fait le lien avec les partenaires.

NOTRE SST POURRAIT TRAVAILLER AVEC DES PARTENAIRES :

Les organismes de prise en charge des addictions : centre d'hygiène alimentaire, centres spécialisés de suivi des personnes toxicomanes.

Les assistantes sociales de secteur et/ou de la CARSAT car il existe souvent un problème social dans les problèmes d'addictions.

QUELLE SERAIT LA FINALITÉ DES ACTIONS DE NOTRE SST ?

1. Faire un cheminement avec le salarié et l'entreprise.
2. Construire un projet de prise en compte des addictions pour l'entreprise.
3. Donner des pistes de changements dans l'entreprise.
4. Rappeler les droits et les devoirs de la personne en entreprise (salarié, encadrement et employeur).
5. Travailler avec les personnes pour faire évoluer les cultures.

Cogitation d'un groupe de salariés du SISTEL, SST d'Eure et Loire.

LA "GESTION DE CRISE"

Jean-Paul JEANNIN-Sociologue-www.sosreseaux.com



I) LA " SITUATION DE CRISE " :

Peut être définie comme situation de crise, toute situation mettant en cause un ou plusieurs salarié(s) présentant un comportement perturbé qu'il soit lié ou non, à une alcoolisation, susceptible de porter atteinte à la sécurité (de l'intéressé lui-même, de ses collègues, du public...), à la qualité du travail ou à l'image du service (et ou de l'entreprise).

On peut relever des situations extrêmement différentes telles que :

- agent au comportement perturbé s'apprêtant à conduire un véhicule ou une machine
- agent au comportement perturbé montant dans un véhicule de service ou son propre véhicule pour retourner à son domicile.
- entrée ou présence dans l'entreprise d'un agent manifestement pas en état de travailler...

A ce stade on ne sait pas s'il s'agit d'alcool ou non, quelle que soit la cause du comportement perturbé, le plus important est bien de faire cesser la situation de danger ou l'empêcher de se produire, obligation en termes de responsabilité, tant au titre du Code du travail, que du Code Pénal.

Par contre, le cas d'un salarié introduisant de l'alcool dans l'entreprise au mépris de l'article L232 -2 du code du travail, des retards systématiques supposés liées aux alcoolisations, ou des fautes professionnelles, ne relèvent pas du protocole, mais d'un entretien hiérarchique avec éventuellement l'application des sanctions prévues par le règlement intérieur ou la convention collective pour ce type de manquement.

De toute évidence qu'il s'agisse d'un cas disciplinaire (introduction d'alcool, sans alcoolisation du sujet à ce moment) ou d'un cas de "gestion de crise", l'intervention de la hiérarchie ne prend son sens que dans le cadre d'une politique

concertée et cohérente de Gestion du Risque Alcool dans l'entreprise. (orientations clairement signifiées - rappels et application de la loi (code du travail - règlement intérieur...) - système médico-social d'aide et d'accompagnement - démarche participative de prévention...)

II) GÉNÉRALITÉS :

- **Premièrement**, le but essentiel de l'intervention en gestion de crise est avant tout lié à la **sécurité du salarié lui-même**, de ses collègues et des usagers du service (ou plus généralement du public).
- **En second lieu** une approche qualitative impose la **prise en compte des conséquences de la crise** (éventuellement de sa pérennisation) comportement perturbé chaque jour ou régulièrement), **sur la qualité du travail produit** ou du service rendu. Il s'agit également de préserver l'image du service et ou de l'institution.
- **Troisièmement**, l'intervention doit aussi **protéger l'outil de production** ou de réalisation du service, ceci d'autant plus qu'il s'agit d'engins, de matières onéreuses, dangereuses ou fragiles.

Une situation délicate ; rien ne prouve au moment de l'incident, que le salarié soit sous alcool ; il est inutile voire dangereux de parler d'alcool à ce moment précis :

- 1°) il peut s'agir d'autre chose que d'alcool : un malaise hypoglycémique, une intoxication par produits solvants ou autres, inhalés dans l'entreprise, d'un malaise dû à des médicaments...etc ;
- 2°) traiter un problème (d'alcool ou autre), alors que la personne, n'est pas dans son " état normal ", (inaccessible à un raisonnement), est inefficace donc inutile ;
- 3°) si la personne a effectivement des problèmes avec l'alcool, approcher ce sujet alors qu'elle est alcoolisée (donc désinhibée et en état d'excitation...), peut être dangereux, ses réactions étant alors imprévisibles.

Le protocole de gestion de crise :

Le protocole grâce à la participation de représentants des différents échelons hiérarchiques doit qualifier aussi précisément que possible les situations connues dans l'entreprise (pour y

avoir déjà été constatées), qui relèvent du protocole. Il doit prévoir :

- qui est habilité à intervenir
- quelles sont les procédures à suivre
- une souplesse d'adaptation à des situations différentes.

III) CONTENU TYPE DE LA PROCÉDURE FIGURANT DANS LE PROTOCOLE :

• La phase d'analyse de situation

Cette évaluation doit être minutieuse en cas de conduite de véhicule, de machine, de manipulation de matières et d'outils dangereux, de travail sur la voie publique ou de travaux électriques en hauteur...

Dès l'observation des faits, procéder (en urgence si nécessaire) à l'évaluation de la situation : le comportement "anormal" de l'agent peut-il avoir une incidence sur :

- la sécurité (la sienne, celle des autres)
- La qualité du travail ou l'image de l'entreprise
- La sécurité de l'outil de travail

Les questions à se poser, les réactions admises ou imposées par la direction à ce sujet, la marge de manoeuvre dont jouit le salarié d'encadrement suivant son niveau de responsabilité (jusqu'où il peut gérer seul le cas).

Le dialogue doit toujours être essayé :

- dans le plus grand calme
(sous alcool certains sujets peuvent devenir dangereux s'il se sentent agressés)
- dans le but de faire cesser le risque potentiel

Il est notoire que l'on ne peut "travailler" avec quelqu'un d'alcoolisé ni dans le registre de la loi, ni dans le registre de l'aide : un entretien différé (mais le plus rapidement possible), s'impose.

- Peut-on dialoguer avec le salarié ?
- Est il en état d'excitation ?
- Le salarié peut-il être violent ?
- Faut-il le retirer du poste ?

La question est délicate car elle impose une justification. A l'évaluation du risque de la situation actuelle peuvent s'ajouter des faits antérieurs n'ayant pas entraîné d'intervention mais ayant provoqué un doute ou des inquiétudes.

Il vaut mieux parfois se tromper que de risquer une catastrophe.

Ne jamais prononcer le mot alcoolique dans une telle situation, il sera perçu comme une insulte, une violence. Il n'est même pas utile de parler d'alcool à ce moment là, mais plutôt d'état défavorable par rapport à la tâche (pas en forme... fatigué...)

- **L'obtention d'un avis médical**

Seul un médecin est habilité à faire un diagnostic, et dire si le salarié doit quitter le lieu de travail, et comment. Sortir le salarié du lieu de travail, sans un avis médical (« inaptitude temporaire » ou « arrêt de travail »), est une prise de risque pour tous, y compris au plan juridique.

- **L'évacuation du salarié selon avis médical**

Sans avis médical, il vaut mieux garder l'agent sur place (sous surveillance), que de le laisser seul chez lui, ou sur la voie publique. Si l'agent est jugé par l'encadrement, dans l'incapacité d'assumer ses tâches et sa sécurité, dans l'entreprise, il en est de même à l'extérieur.

- **La traçabilité de l'évènement, et l'entretien de post crise.**

IV) GESTION DE LA POST CRISE :

- **L'entretien**

Il doit-être différé, au lendemain matin par exemple dans l'hypothèse où l'agent n'est pas à nouveau alcoolisé. Il est indispensable que le problème soit abordé en relation duelle, dans un climat respectueux et néanmoins ferme.

- **L'information du chef de service (ou du supérieur désigné)**

Elle est souhaitable dans l'absolu, puisque l'agent est retiré du poste, mais l'agent doit en être prévenu. Dans un premier temps elle peut être gérée avec souplesse. On peut imaginer qu'en cas de premier incident lié à une alcoolisation, on s'en tienne au dialogue agent de maîtrise / agent, en précisant que l'information du chef de service est obligatoire s'il y a récurrence.

- **Les suites à donner**

L'analyse des suites à donner doit se faire en concertation avec plusieurs compétences et "échelons" concernés, et sera variable avec l'analyse du problème faite à cette occasion : problème d'alcool ou autre pathologie nécessitant l'information des collègues.

En cas de problème d'alcoolisation, orientation. suites disciplinaires ou non, avertissement interne au service, etc... recours au groupe d'aide s'il est constitué.

Toutes ces démarches ne sont possibles et acceptables tant pour l'encadrement de proximité, que pour les syndicats et la communauté de travail, que si les choses sont clairement énoncées; il ne s'agit pas de "liquider" la personne, mais de l'aider si possible, l'accompagner vers une solution si il y en a une pour elle, en sachant bien que l'entreprise, n'est ni une association de bienfaisance, ni un hôpital; donc cette aide s'arrêtera à une échéance connue de la personne, chacun prenant alors ses responsabilités.



EN CONCLUSION :

Malgré le schéma ci dessus, il n'y a pas de formule type de "Protocole de gestion de crise"; chaque entreprise doit définir le sien à partir de sa culture, de son histoire, de ses coutumes et de ses paramètres propres (objet de production, missions, contraintes...). Le plus important sera certainement la capacité de ses promoteurs à l'expliquer à le négociier tant avec l'encadrement qu'avec les organisations représentatives. Autant que son contenu, la façon d'élaborer ce protocole de gestion de crise, avec pédagogie, psychologie et capacité de communication, en y mettant le temps nécessaire (parfois plusieurs mois), sera la meilleure garantie de son application effective.



LEGITIMITE ET DERIVES DU DEPISTAGE BIOLOGIQUE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN MILIEU DE TRAVAIL

Fabienne ALCAIX

Le sujet du dépistage biologique des substances psychoactives en milieu de travail présente l'**intérêt majeur de faire réfléchir aux rôles et missions de chacun des intervenants en prévention des risques professionnels**. Dans le milieu de l'entreprise aujourd'hui, deux types d'intervenants se partagent le domaine de la prévention des risques professionnels, notamment liés à la consommation de substances psychoactives : le chef d'entreprise qui est responsable juridiquement de la sécurité dans l'entreprise et les personnels de santé au travail, par leur rôle de conseillers de l'entreprise dans le domaine de l'hygiène et des atteintes à la santé liées au travail, notamment **en prévenant la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail, mission introduite explicitement dans le texte de la nouvelle réforme de la médecine du travail du 20 juillet 2011**.

Néanmoins, le rôle de ces intervenants n'est pas le même : si l'entreprise doit éviter le risque qu'elle génère de par son activité (obligation de résultat), les personnels de santé au travail (médecins, infirmiers) doivent prévenir les troubles de la santé liés à ces risques éventuels. Pour ce faire, le médecin de santé au travail, détient entre autre, le pouvoir d'alerter la direction de l'entreprise de l'incidence possible d'un risque professionnel sur la santé des salariés (obligation de moyens). Dans un cas, il s'agit de gérer des risques, dans l'autre, il s'agit de les prévenir

Par conséquent, le dépistage biologique des substances psychoactives par des professionnels de santé au travail, ne peut qu'amener ces derniers à se questionner sur la compatibilité entre leur mission exclusivement préventive rappelée par la loi du 20 juillet 2011, de celle d'expertise et de contrôle que certains aimeraient bien leur confier, mission qui relève davantage de la gestion des risques, qui rappelle le, est de la responsabilité de l'employeur.

Depuis une vingtaine d'année, plusieurs rapports ou avis sont parus pour débattre de ce sujet, établis par des médecins spécialistes de santé au travail ou non, des juristes ou des spécialistes d'éthique selon les cas parce qu'il est vrai que ce sujet concerne autant l'entreprise que la santé, le droit mais aussi les libertés individuelles...

Ces rapports, sur le fond, rappellent tous, la dif-

ficulté de mettre en œuvre, en entreprise, des dépistages systématiques car le sujet de la consommation des substances psychoactives est à la frontière entre la vie privée et le monde du travail. Ils insistent également sur la nécessaire prévention à mettre en place en raison des risques éventuels que cette consommation peut entraîner pour la sécurité de l'entreprise et des individus. En revanche, les moyens préconisés pour y parvenir sont, dans la forme, contradictoires. Ainsi, la MILDT (Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et Toxicomanies) dans son rapport établi dans le cadre du plan gouvernemental 2004-2008 de la lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, rappelle que c'est la circulaire DRT n° 90/13 du 9 juillet 1990, qui confie aux seuls médecins du travail, la responsabilité de la réalisation du dépistage des conduites addictives sur la base de l'avis du Comité National Consultatif d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé en date du 16/10/1989. Circulaire qui affirme par ailleurs qu'une recherche systématique en santé au travail ne peut en aucun cas se justifier médicalement car ces examens ne peuvent qu'intervenir dans le cadre de l'aide à l'appréciation de l'aptitude médicale au poste de travail, le médecin du travail étant libre de prescrire ou non des examens pour l'y aider, et qui ajoute que « ce dépistage qui ne peut se substituer au dialogue, à la prévention et à la relation est néanmoins à pratiquer selon des « protocoles formatés » en préservant la vie privée et les droits du salarié, ménager sa liberté de consentement et n'avoir en aucun cas une dimension discriminative et qu'il convient par ailleurs d'en limiter le champ d'application aux seules catégories professionnelles exerçant des fonctions comportant des risques pour la sécurité et la santé de soi et d'autrui, désignés par un texte officiel ou recensés par des accords contractuels au sein des entreprises ou des branches ». D'autres rapports préconisent que les médecins de santé au travail s'impliquent davantage dans le dépistage de la consommation des substances psychoactives. Ainsi dernièrement, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé a fait paraître son avis n° 114 concernant justement l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail et se déclare non seulement favorable au dépistage de la consommation d'alcool et/ou de drogues illicites en milieu de travail (avis iden-

tique à celui qu'il avait déjà énoncé en 1989), mais que ce dépistage ne peut être mis en œuvre que sous la responsabilité du service de santé au travail. Ce comité ajoute que dans les entreprises où les risques le justifient (sécurité des tiers notamment), la « réalisation d'examen systématiques tendant à déceler l'usage de drogues de nature à déceler l'inaptitude des salariés à de tels postes est souhaitable et justifiée ».

Ces avis ne peuvent que maintenir la **confusion largement répandue**, y compris dans les services de santé au travail, **entre ce qui relève de la gestion des risques**, de la responsabilité de l'employeur et **de la prévention des atteintes à la santé liés aux risques professionnels** qui constitue la mission exclusive des professionnels de santé au travail.

Une décision du Conseil d'Etat a d'ailleurs bien insisté sur l'incompatibilité réglementaire entre ces deux missions (prévention et expertise) du médecin de santé au travail quand l'entreprise SNCF a demandé à ses médecins du travail d'appliquer l'arrêté du 30 juillet 2003. Ce texte, en effet, qui émane du ministère des transports, impose à tous les personnels exerçant des fonctions de sécurité ferroviaire (conducteurs de trains, aiguilleurs mais aussi personnels chargés de la maintenance des organes de freins...) un examen médical par un médecin du travail comprenant un dépistage biologique de substances psychoactives. Contrairement à ce qui se déroulait déjà dans d'autres secteurs du transport (aviation civile, conduite de poids lourds et transport en commun) dans lesquels les médecins qui déterminaient l'aptitude en santé au travail et l'aptitude à la fonction de navigant ou de conduite étaient différents, l'entreprise SNCF avait demandé à ses médecins du travail de déterminer cette aptitude (à une fonction de sécurité) en même temps que l'aptitude au poste de travail des agents concernés par ce texte. Au motif d'une incompatibilité entre ces missions (préventive et expertise), le SNPST et le syndicat Sud Rail ont effectué un recours auprès du Conseil d'Etat qui en Juin 2006, a confirmé cette incompatibilité et obligé la SNCF à faire examiner ses agents exerçant des fonctions de sécurité ferroviaire (et le dépistage des substances psychoactives) par d'autres médecins.

Malgré cette décision, on voit bien que la confu-

sion persiste puisque selon les termes de la loi de réforme de la médecine du travail du 20 juillet 2011, le médecin de santé au travail se voit confier la mission de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu de travail.

Or tout évènement qui se produit sur le lieu de travail relève de la responsabilité de l'employeur. Quand il s'agit de prévenir une consommation occasionnelle ou répétée de substances psychoactives, qui peuvent être l'une et l'autre préoccupante pour l'entreprise, dans la mesure où ces consommations peuvent mettre en danger la sécurité du salarié et celle des autres et être notamment à l'origine d'accidents du travail, cela relève non pas de la prévention de la santé au travail mais de la **gestion des risques** dont seul l'employeur est responsable et **qui doit être prise en compte dans le Document Unique**. En revanche, s'il s'agit de dépister une maladie addictive, la clinique médicale du travail suffit. **Aucun test biologique ne peut aider à diagnostiquer une addiction** à un produit c'est-à-dire, selon la définition de l'OMS, la perte de la volonté de s'abstenir de consommer une substance que l'on sait être nocive.

Ainsi tout en reconnaissant que l'interprétation des tests urinaires à la recherche de substances psychoactives est difficile quant à leur signification face à une altération des compétences (absence de concordance entre la présence d'une substance psychoactive dans les urines et l'effet de celle-ci sur l'organisme) la MILDT conseille toutefois leur dépistage lors de la visite d'embauche et lors des visites périodiques. Le dépistage urinaire n'a alors comme objectif que de prouver la consommation illicite du produit mais absolument pas une atteinte des capacités fonctionnelles. Est-il préventif pour la santé, à ce moment là, de déclarer inapte à un poste, un sujet alors que le produit dépisté n'a plus aucun effet sur son organisme ? La répression de l'action de consommer une substance illicite (Cannabis, Cocaïne...) ne relève pas du rôle d'un médecin du travail mais de celui des services de police ou de justice. Est-il préventif pour la santé de refuser ou d'interrompre une insertion par le travail à une personne qui aura fumé un unique joint 10 jours avant la visite médicale, alors que les salariés déjà embauchés ou les collègues de travail au même poste se « bourrent » de somnifères depuis plusieurs années ? Par ailleurs, comme le rappelle le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et toxicomanies 2004-2008, il revient au médecin de santé au travail, de s'interroger pour savoir si cette consommation n'est pas induite ou favo-

risée par les conditions de travail, si l'entreprise n'est pas « addictogène » ? Cette éventuelle décision d'inaptitude sur des critères présomptifs, est discriminatoire et non-conforme à la déontologie du médecin du travail ni à ses attributions réglementaires (rôle exclusivement préventif). En revanche, le dépistage lors de ces visites, de signes d'imprégnation d'une alcoolisation chronique et/ou d'une dépendance (dépistage uniquement clinique), doit permettre d'orienter le salarié vers les soins (médecin traitant), afin de l'aider à prévenir les troubles de la santé liés à la consommation de produits psychoactifs et surtout à le maintenir dans l'emploi, qui est le garant essentiel de la prévention de la santé, **l'exclusion étant une cause réelle et sérieuse de continuer l'alcoolisation et/ou de maintenir la dépendance**. De même, les dépistages circonstanciels lors d'accidents et les dépistages aléatoires dans un but préventif et d'information comme la MILDT le préconise également, ne relèvent pas du médecin du travail qui, lié par le secret médical, ne peut pas divulguer l'information. Là encore, c'est l'entreprise qui en prévention primaire collective, est la mieux placée pour les réaliser. La MILDT propose également le dépistage pour faire cesser immédiatement une situation dangereuse mais dans ce cas précis, **c'est la situation dangereuse qu'il faut faire cesser**, quelle que soit sa cause, et les membres de la hiérarchie qui détiennent l'autorité doivent pouvoir le faire sans attendre un examen médical. Cette mesure relevant avant tout de la gestion d'un risque donc de la responsabilité de l'entreprise. L'orientation médicale étant réalisée dans un deuxième temps. La MILDT réprovoie en revanche le dépistage « sauvage »... mais qui détermine la frontière entre un dépistage aléatoire et un dépistage « sauvage » ?

En fait, ces différents rapports et avis préconisent la pratique du dépistage des substances psychoactives par les médecins de santé au travail car c'est actuellement la solution la plus « acceptable » et la plus facile à réaliser en milieu de travail. Même si les protocoles appliqués lors de ces dépistages sont contestables car la méthode utilisée plus proche de celle rencontrée lors d'une garde à vue ou dans une centrale pénitentiaire que dans un cabinet médical (voir en italique et encadré ci-dessous), le secret médical auquel est astreint le médecin qui prescrit ces examens, apporte une impression de protection derrière laquelle se retranche l'entreprise. Par ailleurs, si les tests sanguins et urinaires sont bien validés, ce n'est pas le cas

des tests salivaires qui seraient néanmoins les plus faciles à pratiquer et à systématiser en entreprise. C'est pour ces raisons que les tests de dépistage sont actuellement confiés aux médecins de santé au travail qui souvent les acceptent comme faisant partie de leur mission au nom de la protection collective du milieu de travail ou des tiers dans les entreprises à risque (Transport, centrales nucléaires...). Mais ce transfert de responsabilité du chef d'entreprise au médecin du travail est un leurre pour cette sécurité de la collectivité, si ce n'est une grande hypocrisie. La consommation de substances psychoactives est parfois un problème pour l'entreprise que les employeurs et quelques médecins du travail espèrent pouvoir résoudre par une politique d'exclusion systématique des consommateurs. Mais cette exclusion est rarement pertinente sur le plan préventif. Aucun dépistage réalisé en santé au travail, 1 fois /an voire tous les 2 ans pour les salariés non SMR, en sachant que ces salariés doivent règlementairement être prévenus du dépistage au moins 1 mois avant sa réalisation, ne pourra empêcher un opérateur de sécurité, de boire de l'alcool, fumer un joint ou inhaler de la cocaïne avant sa prise de poste entre deux visites de santé au travail, et ainsi être dangereux pour lui-même et la collectivité qui l'entoure. Après un accident, ou de façon aléatoire, le dépistage en santé au travail est tout autant inefficace notamment en raison du secret médical, car pour que l'employeur, puisse utiliser son pouvoir disciplinaire, il est nécessaire qu'il puisse apporter au salarié la preuve que celui-ci a enfreint le règlement. Or le médecin du travail, en raison justement du secret médical, ne peut pas lui fournir. **Il est donc indispensable que, dans tous les postes dits de « sécurité », l'employeur la cherche lui-même**. Pour ce faire, le règlement intérieur de l'entreprise doit prévoir et faire appliquer les interdictions (présence d'alcool...), prévoir les conditions dans lesquelles un retrait du poste pourra être réalisé (trouble du comportement), et des dépistages effectués, obligatoires en début de poste (éthylotests) si celui-ci le justifie (Conducteurs de transport en commun, conducteurs de machines dangereuses...), ou de façon aléatoire, sous la responsabilité unique de l'employeur.

Ainsi ce dispositif de gestion des risques, par une veille attentive et une politique de prévention, à différencier d'une politique de dépistage, devrait écarter au maximum tout risque professionnel lié à la consommation de substances psychoactives.



PROTOCOLE DE RECUEIL DES URINES

pour recherche de substances psychoactives



→ *Faire mettre le patient en sous-vêtement...*

Cette précaution dispense de la fouille au corps à la recherche d'urines dissimulées

→ *Donner le gobelet au patient et s'assurer qu'il est informé de ce que l'on recherche...*

A ce stade la présence d'un avocat n'est pas obligatoire mais fortement recommandée

→ *Faire entrer le patient dans le cabinet d'aisance après s'être assuré que l'eau de la chasse des WC est colorée en bleu ...*

Pour déjouer une dilution des urines par le patient avec l'eau de cette chasse...

→ *et s'assurer de l'absence de robinet dans ce même cabinet...*

Pour la même raison que précédemment

→ *Lors du prélèvement l'infirmière doit rester à proximité...*

En effet, à ce moment là, dans le cabinet d'aisance, tout est à craindre...

→ *dans le respect de la dignité du patient...*

Contrairement aux apparences, il n'y a là aucune contradiction avec ce qui a été dit auparavant...

→ *Récupérer le gobelet ...*

Il s'agit là d'une précaution élémentaire pour qui veut récupérer l'objet du délit

→ *Apprécier la température des urines...*

Le protocole explique que les urines sont chaudes si l'émission est récente, laissant supposer une tromperie quand elles sont froides ou alors qu'il est urgent de rechercher une hypothermie....

→ *En présence du patient, mesurer le PH, vérifier la transparence, la couleur, la densité des urines et l'absence de bulles de savon...*

L'anormalité d'un seul de ces critères faisant suspecter une turpitude et incitant alors l'infirmier scrupuleux à rechercher une faille lors de la réalisation des étapes précédentes...

→ *Répartir de façon égale les urines dans 3 flacons et les fermer hermétiquement à l'aide d'une vis inviolable ...*

Il est en effet interdit de goûter les urines...

→ *Faire signer le patient sur les 3 flacons...*

Rien n'est dit sur la procédure à suivre en cas de refus (retrait immédiat de l'aptitude à travailler ?)

→ *Conserver les urines à 4° jusqu'au départ pour le laboratoire...*

En fourgon blindé ?

→ *Informé le patient du délai de retour des résultats...*

Personne ne doute de son impatience...

→ *qui seront communiqués par le médecin prescripteur lors d'une 2^{ème} visite...*

Dans ce domaine, la périodicité entre 2 visites de santé au travail bat tous les records de brièveté...

EN CONCLUSION....

Ce dépistage réalisé par des professionnels de santé au travail au risque de rompre la confiance entre ces personnels et les salariés, a au moins l'intérêt de diagnostiquer chez le professionnel de santé qui s'y conforme, une perversité tout aussi dangereuse dans l'exercice de son métier, que l'hypothétique maladie addictive du sujet examiné dans le sien. Dangereuse qui pourrait relever elle aussi, d'une inaptitude à occuper un poste dont les qualités requises sont justement l'inverse de celles exigées dans ce protocole.

Tel est pris...qui croyait prendre !