

Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise

Jean Luc MAXENCE*

Dr. Raymond TRARIEUX**

Résumé

La prévention de l'abus de substances psychotropes illicites dans le milieu de travail est une démarche plutôt récente en France, bien que l'impact et la nature des problèmes de consommation paraissent comparables à la situation de la population générale. Il est néanmoins difficile de disposer de données précises sur le sujet, les entreprises restant très discrètes pour préserver leur image de marque. Les professionnels de la santé et en particulier les médecins du travail, s'organisent progressivement face à la double responsabilité qui leur incombe : la mise en place du dépistage et l'accompagnement médical du patient toxicomane qui nécessite l'instauration d'un véritable contrat de confiance mutuel. Le dépistage n'est en aucune façon obligatoire en entreprise mais s'impose pour les postes à risques où l'exigence de sécurité est élevée. Sa mise en oeuvre doit s'effectuer dans le respect de questions d'ordre éthique et dans le souci d'une transparence vis à vis des salariés qui doivent donner leur accord préalable pour qu'il s'effectue. La politique d'une entreprise face au « risque drogue » ne peut s'élaborer qu'en partenariat entre la direction, la représentation du personnel, la médecine du travail, les services sociaux et dans une optique globale de prévention de tous les risques. Plusieurs exemples d'actions de prévention sont présentées en fin d'article (SNCF, RATP, Peugeot-Mulhouse, EDF-GDF). Cet article présente une bibliographie TOXIBASE de 20 références.

INTRODUCTION

La question complexe de la prise en compte des problèmes liés aux toxicomanies sur le lieu du travail se pose avec acuité depuis longtemps en France. D'ailleurs, de multiples initiatives en matière de prévention ont été prises en Europe et ont fait l'objet d'études et de réflexions, principalement sur la responsabilité professionnelle de l'employeur et des salariés, puisque d'une manière générale, l'utilisation de toxiques - licites ou illicites - restreint souvent la qualité de la vigilance. Or, chacun sait qu'il s'agit de toujours rechercher une adéquation réelle entre les exigences d'un poste de travail et les capacités psychologiques et physiologiques de tel ou tel salarié à les assumer au mieux. Nécessité de la sécurité oblige...

Le BIT (Bureau International du Travail) lui-même a cru bon de publier et de diffuser en 1996 un recueil de directives pratiques sur ce sujet (2) lequel fut mis au point à la suite d'une réunion de sept experts (Genève, 23-31 janvier 1995). L'objectif global était de « *prévenir, réduire et maîtriser* » ces problèmes en définissant législation et politique dans ce champ d'action, sachant qu'il s'agit de traiter la problématique drogue en entreprise (privée ou publique) comme un souci sanitaire - et traiter sans aucune discrimination -, ainsi que toutes les autres questions de santé au travail. De plus, il a été mis en lumière la nécessité, d'une part de « *procéder de concert à l'EVALUATION DES EFFETS de la consommation de drogues sur le lieu de travail* », et d'autre part de « *coopérer à l'élaboration d'un texte relatif à la politique de l'entreprise* ». D'évidence, la difficulté majeure est toujours d'identifier au plus juste les situations pour mieux être prêt à prendre des mesures efficaces, préventives ou correctives.

* Directeur du Centre DIDRO, 149 rue Raymond Losserand 75014 Paris

** Président de l'AFEDCAP (Association Française d'Etudes des Déviations et de leurs Conséquences sur l'Aptitude Physique)

- 2 Bien entendu, pour mieux appréhender les enjeux qui existent, il est opportun de mesurer d'emblée l'ampleur du phénomène de toxicomanie en milieu du travail. On peut alors dégager quelques DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES, avant d'évoquer :
- le rôle des professionnels de la santé,
 - les expériences de dépistage (à l'embauche ou non),
 - les campagnes de prévention « in situ », élaborées selon des stratégies adaptées et en n'oubliant jamais la nécessité d'une évaluation,
- pour aboutir à un consensus de recommandations et d'initiatives valable pour tous, au-delà des clivages idéologiques.

DONNES EPIDEMIOLOGIQUES

D'une façon générale, et selon une synthèse de documents statistiques établie début 1998 (8) et provenant notamment :

- d'une enquête nationale de M. CHOQUET ET S. LEDOUX effectuée en 1994,
- d'un recueil de tendances publié par l'OFDT en 1996,
- d'une enquête de l'IREP sur la consommation de cannabis en France (1997),
- d'une étude de l'INSERM (Françoise FACY) sur les toxicomanes consultant dans les institutions spécialisées (1996),

il ressort quelques indications précises sur les usages des produits illicites en France.

On constate ainsi que le cannabis demeure la drogue illicite la plus consommée au cours de ces 12 derniers mois et qu'il y a environ 7 millions de Français qui l'auraient essayé au moins une fois. Cet usage peut s'observer dans tous les milieux socio-culturels d'autant que le cannabis est ordinairement fumé en association avec du tabac. Sa consommation, fréquemment occasionnelle, « concerne surtout les jeunes et les jeunes adultes de sexe masculin, bien insérés, ayant fait des études ».

L'héroïne reste la « drogue dure » la plus répandue (il y aurait environ 160 000 héroïnomanes dans l'Hexagone). On apprend ainsi que « le profil type » de l'héroïnomane est celui d'un homme (3/4 des usagers) âgé en moyenne de 27 ans. Mais il faut tenir compte, dans l'environnement de l'entreprise comme ailleurs, du fait de 62% des héroïnomanes sont, en pratique, polytoxicomanes.

La cocaïne, elle, touche surtout les milieux aisés. Son usager est plutôt bien inséré et a fait des études. Quant à l'ecstasy, de plus en plus consommée depuis le début des années 1990, c'est une drogue qui concerne des jeunes en général bien insérés ayant souvent un emploi stable.

Logiquement, toutes ces données épidémiologiques sur le problème des toxicomanies, toutes ces indications de tendances et de comportements, se retrouvent aussi bien dans le macrocosme d'une population nationale que dans le microcosme que constitue telle ou telle entreprise. De ce point de vue, il n'existe pas en définitive une seule entreprise où la question toxicomaniaque ne se pose pas du tout !

Certes, la prévention de l'abus de substances psychotropes illicites dans le milieu du travail est une démarche plutôt récente, aussi s'agit-il de toujours replacer ce problème dans un contexte donné. Comme le résume fort justement Madame WOLNA-PERRESON (Chargée d'études et de recherches à l'Association de prévention du site de la Villette) : « *En entreprise il faut considérer trois éléments principaux : la nature des substances psychotropes, l'impact de l'abus de celles-ci sur le travail, et le rôle de l'entreprise dans la prévention* ». On le sait, le problème souvent se complique encore avec l'abus - typiquement français - des médicaments psychotropes...

Sans conteste, le coût économique résultant de l'abus de drogues en entreprise restera toujours périlleux à évaluer. Aux Etats-Unis cependant, on a pu estimer à 120 milliards de dollars, cette perte budgétaire, dont 70% seraient d'ailleurs imputables à l'alcool. En Europe

3 occidentale, il ne semble pas exister de projection comparable. Les références épidémiologiques concernant les entreprises privées ou publiques françaises sont en vérité peu visibles, d'autant que, le plus souvent, les Directions souhaitent que tout renseignement sur l'ampleur du « risque drogue » reste discret et confidentiel pour des raisons d'image de marque à ne pas écorner. Aux Etats-Unis en revanche, des données statistiques révèlent que 70% des utilisateurs de drogues illégales sont des salariés, que l'augmentation des entreprises faisant du dépistage, depuis 1987 est de l'ordre de 200%, alors que General Motors, par exemple, prétend ouvertement que son vaste programme de prévention globale a eu pour heureuse conséquence une économie de 37 millions de dollars par an ! Dans l'Hexagone, aucune étude n'a vraiment quantifié la responsabilité exacte de l'excès de drogues dans l'origine des accidents du travail, mais certains recoupements de données permettent d'avancer que de 15 à 20 % des accidents mortels du travail ont un rapport direct avec l'usage excessif de « modificateurs de conscience » (alcool compris) (14). Quoiqu'il en soit, une constatation s'impose : l'abus des drogues atteint toujours la compétitivité des entreprises, donc l'emploi.

ASPECTS CLINIQUES DES PRISES DE DROGUE

Sur le lieu du travail, comme dans la rue, dans les établissements scolaires ou ailleurs, la consommation de drogues s'effectue selon différents modes d'usage et/ou d'abus. De l'avis de tous, il s'agit de ne pas banaliser une situation de manière abusive ou laxiste (ce serait en quelque sorte céder à la politique de l'autruche) et de ne pas dramatiser de façon excessive une prise de produit (ce serait crier à l'incendie et au « sauve-qui-peut » dès le premier feu repéré), ce qui constituerait une erreur stratégique de taille susceptible d'engendrer une panique générale peu propice à un faisceau d'interventions intelligentes.

En fait, dans toute action de prévention en entreprise, le premier réflexe est d'évaluer d'emblée, avec recul et sang-froid, le problème posé, de situer des divers niveaux d'interventions envisageables, selon un « distingo » indispensable, lequel va éviter d'amalgamer le consommateur occasionnel et le consommateur régulier de cannabis, par exemple, ou le toxicomane aux opiacés, souvent à cause d'une méconnaissance clinique et d'une peur quasi instinctive face aux drogues.

A l'heure actuelle, tout en n'oubliant ni les premiers essais de définition des toxicomanies, vers les années 1960, qui axaient le discours sur les concepts de tolérance, d'accoutumance, de dépendance physique et psychologique, ni la définition, en 1971, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui soulignait l'importance de la pharmacodépendance tout en y ajoutant les idées de compulsion, de répétition et d'assuétude aux drogues rendant incapable l'usager de contrôler ses prises, il est indispensable, surtout en entreprise, de distinguer 3 tableaux cliniques différents concernant :

- a) l'usager occasionnel
- b) l'usager abusif,
- c) le toxicomane (c'est-à-dire le maniaque de toxiques).

Le Docteur Xavier LAQUEILLE (10) lui-même, qui travaille depuis de nombreuses années à l'hôpital Ste-Anne à Paris et soigne des toxicomanes dans le Service du Professeur Lô, écrit sans hésiter, à propos du consommateur occasionnel :

« C'est le mode de consommation le plus fréquent qui touche surtout les jeunes entre 16 et 25 ans. Ce sont des sujets qui consomment habituellement dans un contexte spécifique, en groupe, sous la pression d'un leader, avec une intoxication épisodique. Il s'agit essentiellement de prise de cannabis, parfois de cocaïne, des produits dans l'ensemble banalisés pour lesquels la notion de transgression est moindre. Il y a plutôt un vécu de culpabilité face à la famille qu'une attitude de prosélytisme de la drogue. Cette consommation se fait de manière discontinue pendant quelques années avec résolution spontanée lors de l'insertion sociale et de la stabilisation affective. Les complications en sont l'évolution vers une toxicomanie, une décompensation anxieuse

ou une psychose. Ce mode de consommation ne nous apparaît pas dramatique et nécessite une attitude à la fois d'écoute, d'information et de réassurance ».

En somme, on observe justement que l'usage n'est pas forcément la dépendance, que l'attitude face à la drogue s'avère toujours ambiguë ou ambivalente et que la dépendance toxicomaniaque est un processus pathologique extensif pouvant évoluer vers une réelle chronicité.

Ces observations s'appliquent au monde de l'entreprise comme ailleurs, quand l'utilisateur abuse, il se met en danger direct de toxicomanie. Et s'il dépasse ce stade de l'abus, il peut se retrouver piégé dans un état de dépendance marquée, son chemin devient dangereux, somatiquement, psychologiquement et socialement, à fortiori au travail. Sa dépendance se traduit en effet par un asservissement physique (syndrome de sevrage en ce qui concerne les héroïnomanes avec angoisses, douleurs et insomnies) et psychologique (tout son emploi du temps s'organise autour de la déesse drogue et de sa quête permanente du plaisir des premières prises). Un héroïnomane est certes obsédé par l'idée fixe de la drogue mais, pire, il ne pense plus qu'à elle et entraîne, consciemment ou non, son entourage familial et relationnel dans le cercle infernal...

On le comprend, en soulignant les trois étapes à considérer (usage, abus, toxicomanie), il s'agit toujours, en entreprise surtout, de bien discerner les trois tableaux cliniques afin de mieux coordonner les diverses interventions thérapeutiques, préventives, sociales, pénales ou législatives possibles en milieu professionnel.

Dans le même élan de réflexion, le Docteur Xavier LAQUEILLE n'est pas le seul à distinguer sur le plan général :

- les toxicomanies psychopathologiques (qui sont celles des personnes présentant des pathologies mentales évolutives, des troubles dépressifs majeurs ou des psychoses schizophréniques),
- les toxicomanies socio-culturelles (qui ne sont plus celles des années 70, lesquelles prônaient une marginalité d'idées dans la mouvance post-soixante-huitarde, mais plutôt celles de jeunes symbolisant l'échec de l'insertion sociale, scolaire, familiale),
- les toxicomanies primaires (de jeunes ayant commencé à se droguer, souvent avant 15 ans),
- les toxicomanies secondaires (ce sont des personnes commençant à se droguer entre 25 et 30 ans lors d'un trouble dépressif souvent névrotique),
- les toxicomanies chroniques (celles des « rescapés de la drogue » qui ont débuté il y a 20 ou 25 ans, à se fixer le plus souvent et qui ont plus de 35 ans),
- les toxicomanies médicamenteuses (aux benzodiazépines fréquemment, entraînant ce que certains praticiens n'hésitent pas à baptiser pharmacomanie).

On le devine aisément, avant même d'esquisser un panorama de ce que l'on peut faire en milieu de travail pour prévenir des drogues, et de vouloir se doter des moyens appropriés pour préserver cette sécurité toujours mise en péril avec l'usage de toxiques, il s'agit de ne pas omettre le facteur humain du problème posé. Or, « qui, mieux que le médecin du travail, peut assurer un rôle de conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants ? Qui, mieux que lui, peut engager sa responsabilité professionnelle et morale vis à vis d'eux ? » demande le Docteur Vincent WEHBI, médecin-inspecteur du Travail et de la Main-d'oeuvre des Transports Inter Région Nord.

ROLES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Dès 1993, notamment lors d'un colloque de l'AFEDCAP (14) (Association Française d'Etudes des Déviations et de leurs Conséquences sur l'Aptitude Physique) rassemblant des professionnels de la santé devant faire face à des situations délicates pour déterminer

- 5 l'aptitude de certains candidats utilisateurs de drogues à des postes de travail de sécurité ou de sûreté, les médecins du travail se sont rendus compte que de nombreuses questions posées par le développement des toxicomanies comme nouveau comportement de société « *restaient sans réponse officielle* » dans notre pays. Ils ont alors cherché de concert à davantage préciser leurs actions de prévention dans le respect de la réglementation en vigueur et « *dans celui très strict du secret médical professionnel* » bien sûr.

A juste titre, le Docteur Raymond TRARIEUX, Président de l'AFEDCAP, a su souligner avec pertinence que « *le médecin du travail était également un acteur de la société actuelle et qu'il ne pouvait se désintéresser des problèmes posés par la consommation des drogues et leurs conséquences sociales : trafic, dépénalisation, vente libre, problèmes juridiques, exclusion et sida* ».

Comme le remarque un document d'information, intitulé avec pertinence « *Quand un fait de société entre dans l'entreprise...* » et destiné à informer et former les praticiens du travail, à les aider aux décisions et à faire face aux situations, le médecin du travail a véritablement un RÔLE-PIVOT au sein de l'entreprise. En effet, selon l'article R 241-48 du Code du Travail, c'est lui qui doit « déterminer si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs et s'il est apte médicalement au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ».

Le médecin du travail est par excellence la personne ressource qui peut mettre à profit son expérience médicale. Il peut établir son diagnostic sur les données cliniques des examens qu'il effectue dans le cadre du service médical (où ses collègues infirmières peuvent elles aussi faire des observations pouvant permettre la découverte d'un problème de drogue chez un salarié). Le praticien peut aussi peaufiner son avis clinique grâce à la consultation d'embauche certes, mais aussi, parfois, en s'appuyant sur des examens complémentaires paraissant s'imposer. De toute façon, son devoir est en quelque sorte d'évaluer les dangers relatifs à tel ou tel poste à risque ou tel ou tel poste de sécurité ou de responsabilité. L'extrême difficulté semble toujours pour lui, comme pour la Direction d'ailleurs, de discerner les risques potentiels.

Dans la pratique, l'accompagnement médical d'un patient toxicomane exige pour le médecin une grande disponibilité, en temps notamment, une connaissance réelle des postes occupés par l'intéressé, l'existence d'une sorte de point-écoute (où le service infirmier joue souvent un rôle important). Ce dispositif aide à la mise en place d'un contrat de confiance entre praticien et salarié en difficulté.

Mais le médecin du travail, tout en sachant que le dépistage peut aider à aider, saura aussi, dans toutes les cas de figure, qu'il a des limites et qu'il lui faudra des connaissances précises sur les aspects psychosomatiques de la toxicomanie comme sur le maniement adapté de certains produits de substitution. Et l'on ne saurait trop insister sur l'obligation d'un lien constant du service médical avec les associations et les centres de soin spécialisés, et sur l'extrême vigilance indispensable dès les premiers signes de non respect du « contrat de confiance »...

Quelle que soit l'entreprise considérée, le fameux « travail en réseau » s'impose. Toute prise en charge d'un toxicomane exige en effet une cohérence et une continuité de soins à multi-partenaires, gages de l'éventuelle réussite des traitements entrepris.

En effet, les soins sous-entendent toujours une prise en charge holistique de la dépendance, tenant compte des effets néfastes pour sa santé des produits pris par le toxicomane certes, mais aussi du versant psychologique de la personne et des conséquences sociales de sa dépendance.

Mais avant d'avoir à soigner, peut-on prévenir vraiment d'éventuelles toxicomanies en entreprise ? Il ne suffit pas de répéter le vieil adage : « la prévention demeure l'affaire de

- 6 tous », voire même de chacun, pour résoudre la problématique posée, notamment les questions éthiques graves que met en jeu le dépistage (à l'embauche ou non).

On s'en doute, comme l'écrit clairement le Docteur Raymond TRARIEUX (15), « *il ne s'agit pas d'évincer systématiquement du monde du travail les usagers de produits illicites, mais sûrement d'éviter que ces consommateurs n'occupent des fonctions sécuritaires pouvant aller de la base au sommet de la hiérarchie, car la prévention de la toxicomanie doit aboutir à la réinsertion professionnelle et sociale des intéressés* ».

En France, et pas seulement en France d'ailleurs, le Code du Travail régit les rapports sociaux entre employeur et salarié, les conditions d'hygiène et de sécurité au travail dans les entreprises, ainsi que l'organisation de la médecine du travail.

Mais au-delà du Code du Travail stricto sensu, le médecin du travail a conscience qu'il n'obtiendra lors de son diagnostic « que des réponses dilatoires ou éloignées de la réalité ». Comme le souligne toujours le même Docteur TRARIEUX, dans la situation particulière de la consommation de produits interdits ou de produits déviés de leur utilisation normale, les signes cliniques sont peu évidents ou même inexistants. C'est pourquoi le médecin du travail pense qu'il ne pourra fonder son diagnostic qu'avec l'aide d'examens de laboratoire qui devront être effectués dans un cadre strict et limitatif. Ceux-ci permettent un contrôle de qualité et une confirmation des résultats par d'autres méthodes si cela s'avère nécessaire. Même s'il est évident qu'au sein de l'entreprise, la seule personne habilitée à pouvoir prescrire un dépistage est le médecin du travail, et qu'il est également le seul à en connaître les résultats (ces examens sont couverts par le secret médical), la QUESTION ETHIQUE posée demeure capitale. La responsabilité du praticien est engagée. Celle de l'employeur également puisque ce dernier peut être mis en cause à la suite de fautes commises par ses salariés dans le cadre de leur emploi. Il y a d'ailleurs consensus pour faire ressortir ce besoin impérieux de sécurité dans le règlement intérieur des entreprises.

DEPISTAGE DES TOXICOMANIES EN ENTREPRISE

Même s'il apparaît évident que la prévention de l'abus de drogues ne se cantonne jamais au dépistage, il n'en demeure pas moins que celui-ci se justifie particulièrement lorsque l'employé occupe un poste à risque. La conduite toxicomaniaque, en quelque sorte, augmente encore le risque inhérent au poste.

Toutefois, il faut savoir qu'en France une circulaire officielle (du 9 juillet 1990, n° 90-13) précise que « *rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisé de manière systématique dans l'entreprise* ». Malheureusement le même texte n'établit pas de liste d'activités ou de postes de travail entraînant un dépistage justifié. Globalement, les règles éthiques de la mise en place d'un dépistage exigent un souci de transparence de l'entreprise, un respect scrupuleux des règles déontologiques, une évidente rigueur scientifique. A ce sujet il est essentiel de rappeler que le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels a mené une réflexion. Un groupe de travail - sous la présidence de Madame GREVISSE, de la section sociale du Conseil d'Etat - a examiné les questions d'ordre éthique, déontologique, juridique et technique susceptibles de se poser. Il a été principalement recommandé d'entourer toujours le dépistage d'un certain nombre de garanties pour le candidat ou le salarié. La circulaire 90-13, même si « *elle n'a pas donné lieu à l'édition d'un dépliant d'information à destination du grand public* », (comme l'écrit O. DUTHEILLET DE LA MOTHE, Maître des requêtes au Conseil d'Etat et Directeur des relations du travail) spécifie néanmoins que la diversité des situations amène toujours à s'interroger sur l'intérêt et les indications d'un dépistage. En tout état de cause, précise toujours la circulaire, « *dans le cas où un dépistage biologique est effectué* », celui-ci « *ne permet pas d'évaluer de manière fiable les capacités d'un sujet à effectuer certaines tâches et exige des précautions importantes dans son maniement et dans l'interprétation de ses résultats* ». Néanmoins, le dépistage peut constituer une « garantie pour autrui », certains postes de travail comportant au plan de la sécurité et de la maîtrise du comportement, de hautes exigences.

Au surplus, le dépistage clinique (sur les lieux de travail ou à l'extérieur), comme le dépistage biologique que ne peut se dérouler au cabinet médical (en ce qui concerne le recueil des urines tout au moins), exige que le salarié soit informé au préalable et d'accord pour se prêter à l'opération en question.

Sur le plan pratique, la procédure de détection des drogues altérant la maîtrise de soi-même est en constante évolution quantitative et qualitative. Les méthodes de détection des différents composés opiacés, des psychostimulants majeurs (cocaïne, amphétamines), des psychodépresseurs (alcool, cannabis, barbituriques, benzodiazépines), des hallucinogènes (LSD par exemple), doivent être rigoureuses. D'ailleurs, comme tout examen biologique, leur fiabilité va surtout dépendre de la qualité des échantillons soumis à l'analyse. Il s'agit d'éviter toute falsification possible des prélèvements d'urines, bien sûr. Comme l'écrit Madame le Professeur GALLIOT-GUILLEY (14), du Laboratoire de Toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris : *« Le travail analytique nécessaire à l'identification de molécules altérant la vigilance est vaste, semé d'embûches et jamais terminé. En effet, la libre circulation liée à la disparition des frontières favorise la pénétration de molécules toxicomanogènes naturelles, mais aussi des molécules de synthèse sans cesse nouvelles. Pour cela, l'analyste devra disposer d'importants moyens matériels et humains associés à un contrôle constant de la qualité qui est maintenant instauré au niveau international ».*

Sans entrer dans de fastidieux détails, soulignons que le recueil des échantillons urinaires doit se faire selon un protocole précis. Ce dernier rend logique et nécessaire la formation du personnel médical et infirmier, bien sûr. S'imposent aussi la mise en service d'un local de prélèvements adapté, un étiquetage méticuleux, à effectuer dans l'instant même, en présence du consultant, grâce à un numéro d'identification (préféré au nom et prénom) et indiquant la date, l'heure et le nom du service ou du praticien prescripteur. Il est aussi recommandé de conserver deux flacons congelés pour vérification ultérieure, et indispensable d'adresser, sous 24 heures, au laboratoire, un échantillon accompagné d'une ordonnance du prescripteur, d'un bon de commande respectant l'éthique de l'anonymat.

On le devine, le dépistage en entreprise, quand il a lieu et qu'il se justifie, ne peut s'entendre qu'associé à toutes les actions de prévention des risques. Son existence même, sur les lieux du travail, ne doit pas être cachée au personnel ni à ses représentants (syndicats et comités d'entreprise notamment), d'autant qu'il peut aider à la prise de conscience de l'ensemble des salariés des périls toxicomaniaques. On l'observe sur le terrain même des interventions : souvent dans l'établissement, la mise en place d'une sorte de groupe de travail fiable et discret sur cette « problématique drogue » engage, outre le médecin du travail et son service, le secteur social et le directeur de l'établissement. Quoi qu'il en soit, en entreprise, tenir compte du contexte de l'établissement, de la culture de l'entreprise, est toujours prioritaire. Le répéter est utile : il ne suffit jamais d'identifier la nature des substances utilisées par ceux qui en abusent, pour penser avoir résolu l'ensemble des problèmes posés. Il faut également prendre en compte, en quelque sorte « l'âme » de l'entreprise et l'influence qu'elle peut avoir; le milieu du travail restant en effet inspirateur de modèle de conduite, de norme, voire d'appartenance pouvant parfois aider une personne à affronter ses difficultés d'identification.

En outre, il apparaît de plus en plus opportun qu'une entreprise « consciente » - certains diront « citoyenne » - et ses responsables en gestion des ressources humaines, se fassent accompagner dans l'élaboration et le déroulement de campagnes de prévention, à plusieurs étapes, sur plusieurs mois ou années, par des organismes ou associations spécialisées dans le vaste champ de la prévention des toxicomanies.

Si chacun reconnaît désormais que l'abus de drogues en milieu du travail compromet la rentabilité de l'entreprise, génère des diminutions de productivité, pire, des accidents du travail, il reste encore beaucoup de dirigeants à convaincre qu'une stratégie holistique de sensibilisation, d'information, de formation et d'éducation est seule vraiment efficace pour améliorer le mieux-être de chaque salarié, donc, la compétitivité des équipes dans leur ensemble.

- 8 Avec ou sans dépistage, qu'elle soit petite, moyenne ou grande, chaque entreprise se doit de se tenir prête à développer en son sein toute forme de prévention des assuétudes dans une perspective de promotion globale à la santé, en n'oubliant jamais que, selon l'OMS, « *La santé est un état de bien-être physique, mental et social* » et qu'elle « *ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Dans cet esprit, toute action de prévention, focalisée sur les toxicomanies, les conduites à risque et les dangers que celles-ci sous-entendent, se doit d'être comme complétée par des interventions de portée plus générale en entreprise. Il ne s'agit jamais d'axer un discours, une formation ou une « campagne » de prévention exclusivement sur le produit et ses effets, mais plutôt de garder le souci d'une triple perspective axée sur le produit, la personne et l'environnement.

Comme nous l'avons vu, la politique d'une entreprise, face au « risque drogue », ne peut s'élaborer que selon plusieurs niveaux d'action. Il faut toujours informer, prévenir, organiser des réseaux de soutien quand un salarié a été repéré en difficulté, et faire en sorte que le règlement intérieur soit cohérent avec les mesures prises. C'est pourquoi toute politique d'entreprise en matière de prévention, comme de santé d'ailleurs, demeure le résultat d'une coopération entre la direction, la représentation du personnel, la médecine du travail, les services sociaux et les salariés eux-mêmes. Mais compte-tenu de la complexité du problème de l'usage des drogues et de leur abus, l'expérience a prouvé qu'il est opportun, souvent, de faire appel à un organisme extérieur pour lancer à l'intérieur de l'entreprise des formations complémentaires concernant le péril des drogues, de faciliter des dialogues nécessaires à ce sujet, et même de « mettre sur orbite » des campagnes de prévention, ou des programmes, qui permettront notamment de garantir une certaine efficacité, et de faire cohabiter les deux rôles habituels d'une entreprise : son rôle économique et son rôle social.

CAMPAGNES DE PREVENTION EN ENTREPRISE : QUELQUES EXEMPLES FRANCAIS

Depuis environ une dizaine d'années, dans le but de créer dans l'entreprise une dynamique de « préventeur » des toxicomanies, quelques rares organismes, comme le Centre DIDRO¹ (pionnier depuis sa création en 1973 quant aux actions de prévention), l'AMPT² de Marseille (Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies) et quelques autres, ont pris l'initiative de lancer des campagnes de prévention s'appuyant à la fois sur le personnel infirmier et le médecin du travail, nées la plupart du temps d'une volonté affichée de l'employeur ou d'un CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions du Travail).

A la SNCF, à la RATP, à Peugeot-Mulhouse, au Centre d'Energie Atomique de Saclay, à l'EDF-GDF, des campagnes de prévention globale et d'éducation sanitaire ont été lancées à destination des salariés, le plus souvent toute hiérarchie confondue. Parfois des formations spécifiques ont eu lieu, parfois ont été mis en place des groupes-ressources ou structures-relais dans l'entreprise, très souvent reliés aux réseaux locaux existants. Des tentatives ont même été faites d'installer un service de permanence téléphonique permettant de répondre à toute question posée sur les dépendances. Ainsi, on espérait traiter les demandes du personnel dans les meilleurs délais, tout en garantissant la confidentialité absolue des échanges.

Parmi les autres initiatives françaises en entreprise, citons celle de l'AMPT de Marseille qui, avec la SNCF, a su monter deux « opérations expérimentales » (ou « opération pilote ») dans les régions de Limoges et de Paris-Nord, mettant en oeuvre la déclinaison des « représentations » sur la drogue, comme nous l'explique Etienne ZURBACK, responsable du Service. L'idée principale de cette stratégie est surtout d'instaurer une sorte de tutorat destiné à de jeunes agents souvent fragilisés socialement et psychologiquement à cause de contrats de travail précaires (style intérimaire). De plus, l'AMPT, comme le Centre DIDRO, a su

¹ 149, rue Raymond Losserand 75014 Paris

² 19, rue de la République 13001 Marseille

- 9 travailler en complémentarité avec des « managers » de l'entreprise, tenant compte dans ses actions communautaires, de la culture spécifique de l'entreprise.

En France toujours, on a pu voir le Centre DIDRO organiser des expositions d'information ou d'écoute-contact dans les grandes gares SNCF de Paris (Austerlitz, gare de Lyon, gare du Nord, etc...), et même la Fondation de la Française des jeux (mais oui, le Loto !) sponsoriser une opération pilote d'une année, d'une équipe cyclo-mobile de DIDRO, destinée à sensibiliser à la prévention des assuétudes, arrondissement par arrondissement, les lieux transitionnels de la capitale.

Plus fréquemment, les campagnes de prévention ont lieu « intra-muros » et se conjuguent, en quelque sorte, par étapes. On se sert des supports de communication de l'entreprise (journaux d'entreprise, affiches, dépliants, etc...). Des modules de formation interactive (en général par petits groupes), sont d'emblée organisés dans l'objectif de sensibiliser des équipes opérationnelles au sein de l'entreprise. Ensuite, une véritable campagne de sensibilisation et de formation personnel peut s'élaborer. Elle peut se traduire, par exemple, par l'ouverture d'un espace-santé, mobile ou non, par le lancement de jeux éducatifs, de questionnaires, de concours, par la création de vidéos, de CD Roms, d'affiches, ou de tout autre outil de prévention. De toute façon, une triple cible ne sera jamais perdue de vue durant toutes ces opérations préventives : perspectives sociale, économique et médicale.

Qu'ils se nomment DIDRO, AMPT de Marseille, Grande Ecoute³, Espace du Possible à Lille⁴, tous les organismes experts en prévention ont conscience que l'usager de drogues « *se pose et nos pose constamment la question de la limite* », comme le dit Gérard TONNELET, Directeur de l'Espace du Possible. Et le problème de fond que déclenche toute initiative en entreprise est bien : comment ne pas glisser de la limite à l'exclusion ? Entre le « *Il est toxicomane, on le vire* » et le « *Changeons-le de poste de travail, soyons tolérant, aidons-le* », se situe la juste conduite des chefs d'entreprise qui prennent l'initiative de faire appel à une structure spécialisée extérieure pour adopter une attitude qui certes ne fasse pas de l'entreprise un lieu de soins, mais pas davantage un château-fort aux portes barricadées où un salarié désirent reconquérir, après un passage à vide, ses aptitudes psycho-physiques et ses compétences, ne peut trouver appui et aide.

De fait, une véritable écologie d'entreprise est en train de naître en France en ce qui concerne l'abus des drogues. Elle vise principalement à favoriser l'épanouissement de toute une jeunesse au travail, sachant les conséquences directes que l'emploi a sur les profils de santé des individus. Alors, la prévention des drogues en entreprise devient une nécessité sous-tendue par l'analyse constructive des relations entre les conditions de travail, l'état de santé et la capacité professionnelle. Dans une entreprise qui fonctionne bien, tout est lié, ou plutôt coordonné. Quand l'abus des drogues s'insinue dans l'entreprise, tout se délie et entre en dysfonctionnement, et l'on peut constater une fois de plus, comme le dit le psychanalyste Daniel SIBONY que la toxicomanie est bien par définition « *une maladie des liens* ».

³ 54, avenue Mathurin Moreau 75019 Paris

⁴ 50, rue de Valenciennes 59000 Lille

Comment évaluer une campagne de prévention des toxicomanies en entreprise ?

Evaluer une campagne de prévention des drogues, c'est toujours mesurer sa portée, son utilité et son efficacité. Il s'agit de prévoir, dès le début des opérations in situ, une approche évaluative par objectif, faisant en permanence référence à une perspective psycho-sociologique.

Toute campagne de prévention de ce type vise un changement de comportement des différents partenaires de l'entreprise face au problème des drogues.

Une évaluation n'a pas de sens que si elle est le résultat de l'analyse de l'écart entre deux objectifs : avant et après la campagne de prévention.

Dans son acception générale, toute évaluation consiste à s'assurer qu'une action A (en l'occurrence les modules de formation + une campagne de prévention) a produit l'effet B désiré. Schématiquement, toute évaluation de prévention primaire et secondaire vise à démontrer dans la réalité pratique que les actions de préventives ont produit de l'effet et que cet effet, interactif et global, est bel et bien l'effet souhaité. Ainsi plusieurs outils d'évaluation peuvent être utilisés, comme un graphique d'évaluation établi par les participants de chaque module de formation éventuel, ou comme un audit évaluatif sous forme d'enquête et d'interview qui est parfois organisé par des experts, un ou deux ans après le jour du départ même de la campagne.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS DU BIT (Bureau International du Travail)

(1) ILO, BIT, ICAA, INTERNACIONAL COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTIONS

Alcohol and drug prevention in the workplace : experiences from Central European and Western Countries

Lausanne, Amsterdam, ILO/ICAA, 1995, 94 p.

(2) OIT, ORGANISATION INTERNATIONALE TRAVAIL

Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail

Genève, Bureau International du Travail, 1996, 63 p.

(3) VON VIETINGHOFF-SCHEEL K., BIJL D.

Alcohol and drug prevention in the workplace

Lausanne, ILO/ICAA, 1995, 94 p.

FRANCE

(4) Conférence « *Toxicomanie et milieu de travail* »

Dardilly, Laboratoire SYVA, 1992

(5) Dossier « *Drogues au travail : les entreprises commencent à réagir* »

Interdépendances, 1995, 21, 9-26

(6) Dossier « *Toxicomanies. Quand un fait de société entre dans l'entreprise* » à l'intention des médecins du travail et des partenaires de l'entreprise (coordination de l'action régionale, Institut de Médecine du Travail du Nord de la France « IMTNF ») - réalisé grâce au financement du Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais, 1998

(7) FFT, FRANCE FORMATION TOXICOMANIES Formations... Toxicomanies... « Politiques et stratégies locales : des demandes de réponses ».

Actes de la journée nationale du 21 janvier 1994, FFT, 1995, 120 p.

(8) Fiche pratique « *Epidémiologie de l'usage et de l'abus des drogues en France* »

Synthèse Toxibase - Drogues Info Service, janvier 1998

(9) LAMBERT, VIDALENC M., SIMONIN J. L., POMPANON, ARNAUDIN, WOLNA A.

AFEDCAP

AFEDCAP Informations, 1993, (1), 32 p.

(10) LAQUEILLE, GALLIOT, TRARIEUX, GENTILHOMME, LEDOUX, TURQUIN, BONNIER

Le dépistage des toxicomanies : conférence Syva-bioMérieux

Dardilly, 19 janv. 1989, 70 p. Syva-bioMérieux, 1990

(11) LE MEUR C.

L'intégration professionnelle des toxicomanes en démarche de soins

Mémoire Diplôme Sup. Travail Social, Paris : IRTS, 1996, 141 p.

(12) PAMART-DENEUX P., EDME J.L., MIRABAUD Ch., ELOY E., FRIMAT P.

Consommation de psychotropes : résultats d'une étude épidémiologique effectuée auprès de 2819 salariés du Nord de la France

Nervure, 1991, 4, 30-33

(13) SANCHEZ-PARDO L.

Evaluacion de la efectividad de los programas de atencion a drogodependientes en la empresa

MAPFRE Med., 1994, 5, (2), 101-113

(14) Toxicomanie et travail. Assemblée générale de l'AFEDCAP, 30 novembre 1993

AFEDCAP Informations, 1994, (3), 145 p.

(15) TRARIEUX R.

Conduites à tenir face aux usagers de drogues en milieu de travail

In : TOUZEAU D., JACQUOT C., Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, p. 219-222, Paris, Arnette, 1997

(16) ***

Troisièmes journées normandes sur les toxicomanies : toxicomanies et (ré)insertions (Hôtel de Ville, le Havre, 19 octobre 1991)

Caen, Assoc. Normande Rech. Soins Prévention Toxicomanie, 1992, 170 p.

ETRANGER

(17) HOYT G. M.

The worker, the firm and the decision to use drugs
New-York & London, Garland Publishing Inc., Bruchey S., Univ. ME, 1995, 253 p.

(18) McDONALD S., ROMAN D.

Drogué testing in the workplace
New-York, London, Plenum Press, 1994

(19) MEGIAS VALENZUELA E., NAVARRO BOTELLA J., ALONSO TORRENS J. M., GIMENEZ MARIN J., EDIS, FAD

La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996
Madrid, FAD, 1996, 258 p.

(20) NORMAND J., LEMPERS R. O., O'BRIEN C.

Under the influence ? Drugs and the American work force

Washington, DC, National Academy Press, 1994, 321p.