

TRAVAIL PRÉCAIRE ET CONDUITES ADDICTIVES QUELLES POSSIBILITÉS D'ACTION POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives pose un double questionnement :

- Comment concilier travail et sécurité avec la consommation de substances psychotropes ?
- Comment assurer le suivi et l'intégration de ces personnes (le plus souvent jeunes) dans une entreprise, et pérenniser leur emploi ?

Tenter de répondre, du moins partiellement à ces questions est l'objectif de notre réflexion et pratique par un suivi de 109 personnes, accros pour 57 aux drogues dites dures (héroïne, Subutex°, cocaïne, ecstasy...) et 52 consommant exclusivement du cannabis sous forme de joints ou d'herbe (au moins trois par jour).

Le titre parle de travail précaire. En effet notre service médical de l'AST 67, situé au centre de Strasbourg, reçoit pour les deux tiers de ses effectifs des salariés temporaires, ainsi que des salariés en structures d'insertion. Aussi les salariés ayant des conduites addictives y sont sans doute plus nombreux que dans les entreprises dites ordinaires.

Ainsi sur les 109 personnes suivies, 3 sont en entreprises fixes, 3 en entreprises d'insertion, les autres sont en situation de travail temporaire. Nous n'avons qu'une seule femme dans ces effectifs suivis. La majorité des consommateurs seraient donc des hommes. Mais dès le départ il y a un biais, car nos effectifs surveillés comportent 75 % de personnes de sexe masculin, avec une grande majorité de jeunes. L'âge moyen est de 35 ans pour les personnes accros aux drogues dures et de 27 ans pour les fumeurs de joints ou d'herbe.

QUELLE EST LEUR HISTOIRE, AYANT ENTRAÎNÉ LEUR CONDUITE ADDICTIVE ?

- **P**our les uns : au nombre de 13, la conduite est ancienne, remontant au début de l'adolescence. Ils sont victimes d'un manque d'amour (3), de violences familiales vécues dans l'enfance (4), suivis d'un rejet familial... Pour tous (dont les 6 restants) un échec scolaire les a amenés vers un échec professionnel, donc au chômage entrecoupé de petits « boulots » non gratifiants tels que tris des déchets, balayage, nettoyage de caves. On pourrait penser que leur seul salut c'est la fuite de la société, par un refuge dans la drogue.
- Pour certains (5) le début est marqué par une délinquance (casse, attaque à main armée, vols), dont l'origine est à chercher dans le même registre du mal être dans l'enfance.
- Pour d'autres (12), débutant un peu plus tardivement, les drogues leur permettent de se libérer de l'angoisse de l'existence :
 - ➔ l'angoisse du travail qu'ils n'ont pas,
 - ➔ l'angoisse de la solitude, de la famille qu'ils n'ont plus,
 - ➔ l'angoisse de dettes dont ils ne savent plus comment se sortir.
- Enfin pour les derniers (8) et c'est le fait des fumeurs de shit ou d'herbe, c'est la relaxation qui prime : c'est

la détente du soir, une aide au sommeil. Est-ce un équivalent de conduite de ceux qui abusent du sport, des jeux, du sexe ?

- Pour les autres dont nous n'avons pu déterminer avec précision les entrées en toxicomanie, l'addiction permet d'amoinrir le stress, les tensions, bref de diminuer ou de supprimer le mal être : c'est le « *Sorgenbrecher* » (briseur de soucis).

COMMENT ABORDER LA PERSONNE ?

C'est de cet accueil que dépendra la suite de la prise en charge. Il y a manifestement un paradoxe. Le consommateur de produits psychoactifs est solitaire, autonome, sûr de lui. Pour son métier, il choisit souvent un métier à risques (15 personnes de notre effectif). Il pense maîtriser sa drogue autant que son rapport au monde et au travail.

Le paradoxe, c'est qu'au fond de lui-même, il n'a qu'une envie, c'est de se confier : car il a une sensibilité à fleur de peau. Sous des dehors de « dur » il est rêveur, chaleureux, idéaliste, perfectionniste, écologiste... Et c'est par là qu'il est important d'entamer le dialogue en prenant soin de ne pas faire de faux pas (ne pas parler de danger, ne pas chercher à quoi et à quelle dose il se « shoote », ne pas faire de détection urinaire). Tout cela entamerait la confiance et ferait passer le médecin du domaine de l'aidant possible à celui de juge, et refermerait les portes de tout dialogue. Mais on attaque directement le problème de drogue et dans la majorité des cas, cela libère la parole.

On trouve des points d'appui :

- les efforts répétés et vains qu'il fait pour réduire, contrôler ou arrêter les injections, diminuer la substitution ;
- le manque de plaisir, l'arrêt des activités sociales.

Puis il suffit de compatir à ses difficultés, à la souffrance qu'il est soulagé d'exprimer.

À l'examen on se soucie de l'aspect de ses veines, des surinfections, de l'œdème des mains, de son état de santé général, de son moral. On évoque les risques qu'il a pu prendre du point de vue infectieux : sida, hépatite B et C... Et là les examens complémentaires sont les bienvenus ; la communication des résultats permettra de renouer le dialogue.

QUELLES SONT LES PATHOLOGIES NOTÉES ?

- **P**our les personnes accros aux drogues dures :
 - ➔ Infections cutanées, destruction des veines (8 personnes)
 - ➔ Hépatite B et C (3 personnes)
 - ➔ Hépatite C (3 personnes)
 - ➔ Déficit pondéral net (18 personnes)
 - ➔ Psoriasis généralisé (2 personnes)
 - ➔ Bronchite asthmatiforme (2 personnes)
 - ➔ Hypospadias à l'origine sans doute de la toxicomanie tellement le jeune en souffrait (1 personne)
 - ➔ Du point de vue psychique : 4 dépressions mar-

quées ; nombreux sont ceux qui se plaignent d'asthénie

- Quant aux fumeurs de joints, beaucoup ont évoqué une tendance à la paranoïa (6 personnes).
 - ➔ 5 ont évolué vers une psychose avec délire et sont sous traitement
 - ➔ 10 sont angoissés
 - ➔ 17 se plaignent de troubles mnésiques
 - ➔ 1 présente un TOC syndrome
 - ➔ 3 sont irritables, 2 logorrhéiques, 2 calmes et un peu ralenti

Le shit enlève l'asthénie et donne du tonus à la plupart pour la journée selon leurs dires.

En ce qui concerne le travail, nous l'encourageons toujours. Nous essayons de discuter de l'aménagement de la prise de produit, en concertation avec le médecin traitant. Par exemple :

- passer d'une injection d'héroïne à la substitution ;
- passer du Subutex° injecté à la prise sub-linguale, progressivement, par paliers ;
- trouver la bonne dose pour permettre un repos réparateur, sans anxiolytique ou somnifère ;
- pour le shit nous conseillons la prise uniquement le soir.

Ces ajustements – suivis pas toujours facilement il est vrai – ont permis de voir une évolution favorable, de passer d'une excitation psychomotrice ou d'une somnolence exagérée à un caractère plus posé et néanmoins tonique. Le consommateur de cannabis passe d'un détachement ou d'une euphorie exagérée à une attitude plus calme et réfléchie. Il est à noter que toute tentative de désintoxication rapide même avec la volonté expresse de l'intéressé et malgré un suivi hospitalier s'est avérée être un échec dans notre expérience.

QUELS SONT LES PARAMÈTRES ÉVOLUTIFS FAVORABLES OBSERVÉS LORS DES CONSULTATIONS OU SUR LE LIEU DE TRAVAIL ?

On peut noter :

- la ponctualité,
- une bonne exécution du travail,
- le port des protections individuelles,
- le soin du matériel,
- un contact et dialogue avec les collègues,
- un sommeil régulier et une bonne maîtrise de la substitution unique.

Par voie de conséquence, les facteurs péjoratifs sont : des retards au travail, un absentéisme, un caractère vindicatif et oppositionnel, une trop grande assurance affichée et fanfaronnade, la détérioration des outils de travail, un isolement marqué, de même, les veilles tardives, les sorties du soir, la présence d'anxiolytiques et d'alcool associés à la substitution. Ces conduites nécessitent une mise au point, parfois un arrêt temporaire du travail.

Lors des contacts avec le patient que nous voyons plus fréquemment, à sa demande, avec des garde-fous, tel un délai

maximum de prise de rendez vous, nous évaluons les progrès appréciés par :

- un dialogue constructif,
- un intérêt retrouvé pour d'autres activités (sportives, artistiques),
- un essai d'apurement des dettes,
- une vie relationnelle améliorée.

À l'examen les gestes, la parole sont posés, calmes, sans emportement. Ce suivi au travail permettra à la personne dépendante de réintégrer un groupe, de passer de son isolement à une appartenance, où il pourra développer ses compétences.

QU'EN EST-IL DU RISQUE « ACCIDENT » ?

Le dépendant aux drogues, conscient de ses habitudes, maîtrisant ses prises de drogues ou de substitution, donc bien équilibré et bien intégré au travail n'encourra que peu de risques. Le danger est réel lors d'un état de manque provoqué par un sevrage immédiat, imposé par une pression extérieure qui créera une tension, des tremblements, une incoordination, une douleur, un mal aise avec recours aux anxiolytiques, alcool, etc. La dose efficace de la substitution rendra la personne plus opérationnelle, plus efficace et sûre d'elle.

Les résultats de nos personnes suivies, sans avoir de valeur épidémiologique tendraient à le prouver. Sur les 57 personnes accros aux drogues dures :

- 4 continuent à sniffer de l'héroïne tout en travaillant ;
- 30 sont sous substitution unique :
 - ➔ méthadone : 2
 - ➔ Subutex° injectable : 9
 - ➔ Subutex° sub-lingual : 19
- 5 sont sous substitution avec recours de temps à autre à l'héroïne et parfois à l'ecstasy si l'occasion se présente ;
- 8 ont arrêté toute prise de drogue ;
- Dans 6 cas, nous avons échoué. Il s'agit de personnes avec qui nous étions en contact régulier malgré leur incapacité de continuer un travail.
- 1 jeune homme s'est suicidé, 2 autres sont décédés d'une overdose, un jeune de 29 ans accro aux benzo-diazépines après l'héroïne a évolué vers des crises comitiales répétitives, 2 personnes ont été emprisonnées.
- Enfin 4 personnes ont été perdues de vue.

Les fumeurs de joints ont arrêté (6) ou ont régulé leur prise. 3 accidents (de trajet) heureusement bénins, se sont produits.

L'addiction est une relation pathologique avec une substance, lorsque plus rien n'existe que la « dose promise ». Il n'y a ni plaisirs, ni famille, ni amour, ni travail, c'est de souffrance qu'il s'agit. Or réduire la souffrance est du domaine médical. Aider le patient à sortir de cette souffrance, à diminuer cette relation pathologique avec son produit, lui ouvrir d'autres perspectives, notamment par sa réadaptation au travail est souvent le début d'une réinsertion sociale puis familiale réussie.

Il est évident que cela ne peut se faire que de manière très progressive avec certains risques, mais risques calculés si l'on s'en donne les moyens.

Jean-Marie EBER

Chère lectrice, cher lecteur

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 69).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT