

d é p e n d a n c e s

Novembre 03 • no 21

1 Editorial

L'entreprise, acteur du changement pour une personne dépendante de l'alcool... et inversement!

2 Michel Graf

La collaboration d'une institution ambulatoire avec le monde du travail : opportunités et limites

7 Philippe Vouillamoz

10 Permettre la liberté de choisir

Patrice Meyer

L'expérience du GRAAL ou le succès d'un programme de prévention en entreprise

16 Florence Burri

Problèmes d'alcool au travail: le point de vue d'un médecin d'entreprise

19 Jean-Marc Bellagamba

La réinsertion professionnelle: une nécessité pour tous

22 Willy Chuard

26 Témoignages

**Dépendance à l'alcool
et vie professionnelle:
quels enjeux?**

Revue éditée par

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et
autres toxicomanies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870,
1001 Lausanne

Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies, GREAT,
Pêcheurs 8, case postale 638,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:
Corine Follonier, ISPA
Nicolas Pythoud, GREAT

Comité de rédaction:
Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Michel Graf
directeur ISPA
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

La reproduction des textes
est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance
et de l'envoi d'un justificatif
à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini,
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

Cette année, la 7^e journée suisse de solidarité avec les personnes touchées par l'alcool est consacrée à la problématique de l'alcool au travail et rencontre un vif succès. Peu étonnant, quand on sait qu'en Suisse 5% des personnes actives professionnellement ont un problème de dépendance à l'alcool.

Comment cette réalité est-elle perçue et gérée au quotidien? Quelle est la place de la prévention des dépendances au sein de l'entreprise? Quel est le rôle que peut jouer l'employeur face au problème d'alcool d'un collaborateur?

Depuis vingt ans, la prévention des dépendances en entreprise a fait du chemin. Selon une enquête de 1999 menée par l'ISPA, plus de 60% des entreprises ont pris des mesures concernant notamment l'accessibilité à l'alcool sur le lieu de travail. Pourtant, à peine la moitié de ces entreprises disposent de directives claires sur ce qu'il convient de faire avec les collaborateurs dépendants de l'alcool.

Trop souvent encore, le déni et l'évitement du problème prévalent en milieu professionnel. Et cela parfois faute de ressources. Parce que les employeurs sont

démunis, parce que les milieux de la prévention n'ont pas toujours les moyens à disposition pour accompagner une démarche préventive au sein de l'entreprise. Le milieu professionnel possède pourtant un potentiel énorme en matière de dépistage des situations à problèmes et d'orientation vers un changement. Donner le choix de choisir, engager une collaboration avec une institution de traitement, garantir un retour à la vie professionnelle, autant de démarches qui portent leurs fruits et dont ce numéro de dépendances veut se faire l'écho.

Car une telle politique face aux problèmes d'alcool en milieu professionnel ne bénéficie pas seulement à la personne concernée: l'entreprise retrouve le savoir-faire d'un employé motivé, et de manière plus large, participe à la diminution du coût social de l'alcoolisme, estimé en Suisse à 6.5 milliards de francs.

A l'heure des coupes budgétaires, ne serait-il pas judicieux d'agir en amont?

Corine Follonier, ISPA

Michel Graf,
directeur de
l'ISPA

C'est un peu l'œuf de Colomb qui est proposé aux entreprises confrontées à des problèmes d'alcool chez leurs employés : la solution semble si simple qu'on ose à peine y croire ! Et, pourtant, elle a fait ses preuves depuis maintenant près de vingt ans en Suisse, permettant ainsi à un nombre considérable de personnes dépendantes de l'alcool d'entreprendre un traitement. Pour parvenir à aider ses employés à (se) changer, l'entreprise a dû elle aussi modifier quelques-uns de ses (dys)fonctionnements. Une mue bénéfique pour tous.

L'entreprise, acteur du changement pour une personne dépendante de l'alcool... et inversement !

Introduction

La démarche initiale de gestion des problèmes liés à l'alcool en milieu professionnel nous est venue des Etats-Unis, où elle a été développée et mise en place dans les plus grandes entreprises, alors florissantes, comme General Motors, AT&T, etc. Elle s'est propagée sous l'appellation EAP, ou PAE au Canada, comme Programme d'Assistance aux Employés. Adaptée à la culture suisse par divers organismes de prévention, elle a trouvé sa place au sein de l'administration fédérale, PTT en tête, dès la fin des années 80. Des entreprises comme Swissair, Ciba à Monthey, puis la Migros au niveau national et régional se sont lancées tour à tour dans

l'implantation de politiques « alcool ». D'autres ont suivi un peu partout en Suisse, y compris des petites et moyennes entreprises (PME de 50 à 500 employés). La liste serait longue ici à énumérer, quoique bien souvent ces employeurs ne souhaitent pas

faire publicité de leur démarche interne. Qu'est-ce qui fait l'attrait de cette approche et de quoi est-elle constituée ?

Des chiffres et des faits accablants

En Suisse, on estime à 300'000 le nombre de personnes dépendantes de l'alcool, dont une grande partie sont – heureusement, devrait-on dire – encore insérées professionnellement. L'alcool est la substance psychotrope la plus répandue dans notre société, puisque près de 84% de la population adulte en consomme. Selon un étude de l'ISPA (1999), en sus des non consommateurs d'alcool, qui représentent 16.1% de la population adulte, la grande majorité des consommateurs (60.1%), boit de manière modérée, de l'ordre de un à deux verres de boisson alcoolique par jour ; les autres personnes en consomment soit épisodiquement trop (17.3%), soit plus de 4 verres par occasion exceptionnelle ou en sont dépendants (6.4%). Différentes études montrent que, autant dans le secteur de la production que dans celui des services, 5 à 7% des collaboratrices et collaborateurs ont un problème d'alcool. Or, de toutes les substances psychotropes, c'est incontestablement l'alcool qui a le plus de conséquences concrètes dans le monde professionnel. Ainsi, l'abus d'alcool ponctuel ou chronique est l'une des causes les plus importantes de la diminution de capacité de travail et de l'augmentation du risque d'accident. Une étude (Yersin, 1993¹)

Absentéisme

fréquentes absences du poste de travail
nombreuses absences de courte durée
absences prolongées suite à un accident ou une maladie

Comportement au travail

diminution quantitative et qualitative des prestations professionnelles
erreurs fréquentes
fiabilité fortement diminuée
mise en danger de la sécurité
non respect des délais



a mis en évidence que l'alcool était en jeu dans 5% des accidents de travail pris en charge dans un service de soins intensifs. On ignore le nombre exact des accidents professionnels liés à l'alcool, car ce critère n'est pas pris en considération lors des investigations; on peut toutefois l'estimer à 20% environ. D'autres études menées autant aux plans nationaux que mondial (BIT) ont montré que les problèmes d'alcool des collaboratrices ou collaborateurs ont des répercussions sur leur capacité de travail. Citons en particulier:

Au final, et toujours selon ces études, les personnes ayant un problème d'alcool ne sont plus productives qu'à 75% de leurs moyens. Autrement dit: 25% de leur salaire est à considérer comme une perte pour l'employeur. Compte tenu du fait que la dépendance à l'alcool est une maladie «démocratique», en ce sens qu'elle peut concerner n'importe quelle personne, quel que soit son niveau socioprofessionnel et culturel, c'est dans l'ensemble des salaires que cette perte est à prendre en compte.

Ainsi, on peut calculer les coûts engendrés par les problèmes d'alcool en entreprise à l'aide d'une formule simple:

NB employés x 5% x salaire moyen brut x 25%

5% = pourcentage moyen des personnes ayant un grave problème d'alcool
 25% = perte salariale moyenne liée à des problèmes d'alcool

Une telle formule ne prend pas en considération la souffrance de la personne, ni celle de son entourage familial et professionnel! En effet, les comportements de réaction des collègues sont eux aussi porteurs de dysfonctionnements et de pertes. On citera simplement leur attitude d'évitement de la personne concernée, qui l'isole ou à l'inverse leur envie ou

besoin de compenser les erreurs et manquements en agissant à la place de l'autre, en le dépossédant de ses responsabilités, surchargeant ainsi leur propre cahier de charges. L'agacement se fait peu à peu sentir, créant un climat de travail tendu, générateur de problèmes divers. Mais alors, pourquoi personne ne réagit-il?

Réagir, voir : pourquoi est-ce si difficile?

La dépendance est un phénomène qui se développe progressivement, dans la durée. Pour l'alcool en particulier, ce n'est qu'après de nombreuses années d'alcoolisation excessive que des signes extérieurs se manifesteront. On constate d'ailleurs souvent au début du processus une attitude plutôt positive des personnes concernées, qui rejaillit sur l'entourage social. C'est particulièrement vrai pour celles qui se montrent plus sociables et coopératives lorsqu'elles ont absorbé de faibles quantités d'alcool.

Plus tard, la consommation excessive d'un collaborateur ou d'une collaboratrice devient la plupart du temps un secret de polichinelle; pourtant, même si on peut constater des erreurs inhabituelles, des absences fréquentes, des retards, tout cela est atténué par une attitude plutôt conciliante qui donne le change après chaque faute.

Ainsi, peu à peu, un danger s'installe: l'entourage n'est plus capable de voir les changements dans les performances comme dans la personnalité de la personne concernée. Les collègues et les supérieurs s'adapteront au fil du temps, allant jusqu'à diminuer le seuil de leurs exigences professionnelles pour que celles-ci cadrent avec la réalité. La limite de l'acceptable - on devrait dire de l'inacceptable! - une fois atteinte, l'entourage voudrait alors réagir vite...

A la recherche d'indices révélant un problème de dépendance, les supé-

rieurs vont se heurter à une difficulté majeure: les personnes dépendantes essaient presque toujours de cacher leur problème aux autres; ils ou elles vont dès lors développer des trésors de stratégie pour que cela ne se voie pas. Dans leur vie professionnelle, cela peut se traduire par des périodes de surcapacité de travail ou des attitudes de très grande coopération, qui compensent certains de leur manques.

Pourtant, au fil du temps, l'entourage de la personne concernée voit, suppose, constate des signes que chacun interprète comme évidents; on s'attache alors aux symptômes physiques, comme la couperose, les yeux brillants, le manque d'équilibre, les tremblements, par exemple, mais aussi aux symptômes comportementaux inappropriés et inattendus comme l'agressivité ou au contraire une euphorie disproportionnée, sans oublier les «évidences pas claires» comme les cadavres de bouteilles vides ou la certitude qu'il ou elle boit en cachette...

Ce « faisceau de preuves » fait dire aux supérieurs hiérarchiques qu'ils ont la certitude que la personne concernée est dépendante de l'alcool. Or aucun de ces indices, même s'ils sont avérés, ne permettent à eux seuls de poser un diagnostic de dépendance. Qui plus est, et nous touchons là au cœur du problème, ce diagnostic-là ne peut être posé que par un médecin!

De fait, les cadres approchent le problème par le plus mauvais bout: celui du problème de dépendance à l'alcool, aspect strictement médical et personnel, alors qu'ils ont sous leur yeux les éléments les plus clairs d'un réel dysfonctionnement professionnel de leur collaborateur. On tient ici la clé de la solution: C'est en observant des indices professionnels de changement dans les performances et le comportement que les cadres pourront réagir: sur ce terrain-là, ils ont non seulement la compétence pour le faire, mais sont aussi tenus d'agir.

Le repérage des problèmes de dépendance : un devoir des cadres ?

Parce qu'ils sont en première ligne pour constater des modifications dans les prestations professionnelles, les cadres jouent un rôle central dans la réussite d'une démarche de résolution des problèmes de dépendance. Cependant, il ne suffit pas de les investir de cette mission, car l'approche nécessite d'être présentée et clarifiée.

Il y a en effet entre leur rôle de détection d'un problème professionnel et le rôle des intervenants du domaine médico-social un passage qu'il faut comprendre, afin de savoir et pouvoir l'accompagner. Par quel miracle passe-t-on du champ professionnel strict à un aspect si intime de la sphère privée qu'est la dépendance à l'alcool? Pour le comprendre, il faut analyser pas à pas la procédure proposée aux entreprises, afin d'en décrypter les concepts sous-jacents.

Décélérer un problème... professionnel

On l'a vu, toute personne souffrant d'un problème de dépendance à l'alcool n'a plus toutes les capacités pour faire face à ses obligations professionnelles. Ce sont ces éléments qui doivent inciter à mener un entretien avec le collaborateur² concerné. Sur les questions de performance, de capacité de travail, de sécurité, d'attitude professionnelle, le supérieur hiérarchique a non seulement la possibilité mais le devoir de réagir, alors qu'il n'a aucune légitimité lorsqu'il s'agit d'un problème aussi personnel que la consommation abusive d'alcool.

Cette première entrée en matière, par le biais d'un entretien de service, permet de poser le vrai problème du point de vue de l'entreprise : «Vous ne travaillez plus correctement, rectifiez cela !» est le message central. Les exigences posées par le supérieur hiérar-

chique sont alors strictement professionnelles, elles aussi : retour à une capacité de travail correcte. Pour la personne concernée, cet entretien résonne alors comme un avertissement : «Ma manière de fonctionner ne marche plus...»; qui plus est, comme le thème de l'alcool n'est pas nommé, les dérobades qui allaient avec sont elles aussi désamorçées. Plus de déni possible face à la réalité ! Il ne reste plus qu'à essayer de correspondre aux nouvelles exigences posées.

Mais le miracle ne se produit pas souvent... La personne dépendante de l'alcool n'a réellement plus la capacité à rectifier le tir, et n'arrive pas à atteindre les objectifs fixés. On peut penser alors que nous sommes dans une démarche dévalorisante, humiliante pour elle. Cela serait le cas s'il n'y avait pas la volonté claire de l'entreprise de comprendre et d'aider à la résolution du problème.

Du constat professionnel à l'hypothèse du problème personnel

Durant la phase probatoire, le supérieur hiérarchique est invité à analyser la situation de son collaborateur de son point de vue professionnel. Cette personne a-t-elle pu bénéficier des formations continues nécessaires à l'accomplissement de ses tâches? Les bons «outils» lui sont-ils mis à disposition? Le climat interne est-il bon ou génère-t-il des conflits? Les objectifs sont-ils clairs et précis? Ces quelques questions constituent la marge de manœuvre et de coresponsabilité du chef dans la résolution du problème professionnel. De fait, si tous ces éléments sont acquis et que le collaborateur concerné n'arrive pas à faire face aux exigences, on peut objectivement penser qu'il est confronté à d'autres difficultés hors du cadre professionnel, donc dans sa vie privée. Le schéma ci-dessous illustre cette dynamique subtile entre la sphère professionnelle, représentée par le toit de la maison et la sphère privée, constituée des trois piliers.

Il est dès lors urgent de le lui dire, de manière à la fois franche et respectueuse, c'est-à-dire en évoquant le constat qu'on a fait, l'hypothèse qu'on formule et l'aide que nous pouvons apporter : «Vous n'arrivez plus à travailler correctement, malgré que le contexte et vos compétences vous le permettraient. Que se passe-t-il? Il me semble que vous avez des soucis personnels qui vous empêchent de bien travailler... Qu'en pensez-vous? Souhaitez-vous que nous vous aidions à les surmonter?»

Nous arrivons ainsi à un moment clé du processus : le lien entre le problème professionnel et le problème personnel est évoqué, parfois de manière très floue, mais parfois, dans un deuxième temps, très clairement, voire crûment : «Vous et moi le savons bien : vous avez un problème d'alcool, et cela vous empêche de travailler!». Cette approche est à distinguer très nettement de l'abrupt : «Vous buvez trop!», franchement accusateur et inapproprié, parce que illégitime de la part d'un chef. Elle apporte en outre une proposition d'aide, qui doit nécessairement être associée au constat d'échec momen-



tané du collaborateur. Cette approche s'apparente en cela aux modèles de changements de la psychologie sociale.

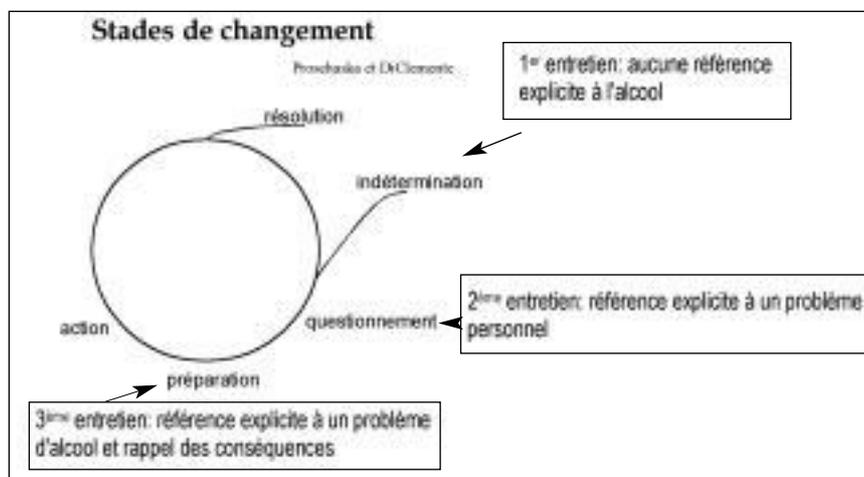
Bien que l'entreprise propose son aide, elle ne doit pas pour autant devenir souple envers les exigences professionnelles fixées. Une tension s'installe alors entre une offre positive, l'aide, et un constat objectif de risque pour l'employé, le licenciement... De fait, s'il refuse d'entrer en matière sur son problème personnel et que ses performances professionnelles ne s'améliorent pas, il pourrait être, selon les situations et les employeurs, licencié. Le seul refus du programme d'aide n'est pas un motif de licenciement! Cela serait illégal! Non, la tension se passe entre : réussir à rétablir ses compétences professionnelles, avec ou sans aide, et ne pas y arriver. Dans ce contexte, l'entreprise joue le rôle de « motivateur objectif », en proposant son aide pour la résolution du problème personnel (« motivateur ») tout en rappelant les conséquences d'un non respect du contrat de travail (« objectif »). Cette dynamique vise à motiver au changement, à un moment où la personne concernée est dans une phase de préparation avancée. On peut schématiser le processus comme suit, en se référant aux stades de changement de Prochaska et DiClemente : Ce moment clé est aussi à rattacher aux concepts de l'entretien motivationnel, qui met en balance avantages et inconvénients à consommer.

Schématiquement, on peut le décrire ainsi :

Avant le constat professionnel



Avec le constat de potentiel échec



Autrement dit, face au probable échec pour retrouver ses capacités de travail, le collaborateur concerné va faire le choix d'accepter le traitement. On pourrait y voir ici une volonté de contrainte. Il me semble cependant qu'il y a un réel choix: la personne concernée peut choisir de ne pas accepter le traitement et tenter encore de se rétablir seule. Elle est toutefois confrontée à une offre positive, qui lui évite d'envisager l'échec professionnel. Bien sûr, elle doit pour cela envisager un autre échec potentiel, pour le moins dans son vécu de la dépendance: « Je n'y arriverai jamais... ». Cet échec thérapeutique, cette fois-ci, est l'affaire des

spécialistes du domaine du traitement. L'employeur ne peut que motiver son collaborateur à croire en la réussite du processus de traitement, sans avoir aucune garantie de succès ni moyen de l'influencer. Je reprends ici le schéma du Dr Gottfried Sondheimer, ancien directeur de la Forel Klinik, à Ellikon, près de Zürich, pour illustrer le changement que la personne concernée va vivre dans les premiers temps de son traitement, pour passer du choix «imposé» à une décision personnelle et au rétablissement.

L'employeur, dans cette vision, est un acteur très utile pour fixer une contrainte, perçue comme extérieure par la personne concernée. Son rôle s'arrête là. Mais sans cela, qui d'autre aurait eu autant d'impact sur la décision de se soigner ?

Conclusion

L'entreprise a un potentiel très élevé pour aider les personnes dépendantes de l'alcool à trouver une motivation et un cadre pour se rétablir. Ce faisant, elle propose une démarche où tout le monde va devenir gagnant : l'entreprise, qui retrouve un employé efficace, avec son savoir-faire, la personne concernée, qui recouvre la santé et la sécurité de son emploi, les collègues, qui vivent maintenant dans un climat plus serein et avec des répartitions de tâches égalisées, les proches de la personne concernée,



pour qui la menace du licenciement et les souffrances émotionnelles ont enfin disparu et, finalement, l'ensemble de la société, pour laquelle les coûts de la dépendance alcoolique sont diminués.

Pour atteindre cet incroyable résultat, les entreprises qui ont développé de telles philosophies et de telles approches ont dû d'abord (re) définir leur propre cohérence en matière de gestion des questions humaines. Les cadres ont appris à définir des objectifs clairs, à être attentifs à leurs collaborateurs et collaboratrices autrement que seulement sur le plan des «out-puts», mais aussi au plan de la vie quotidienne au travail, où les rôles de chacune et chacun sont clarifiés, précisés. Autour du thème de l'alcool, des

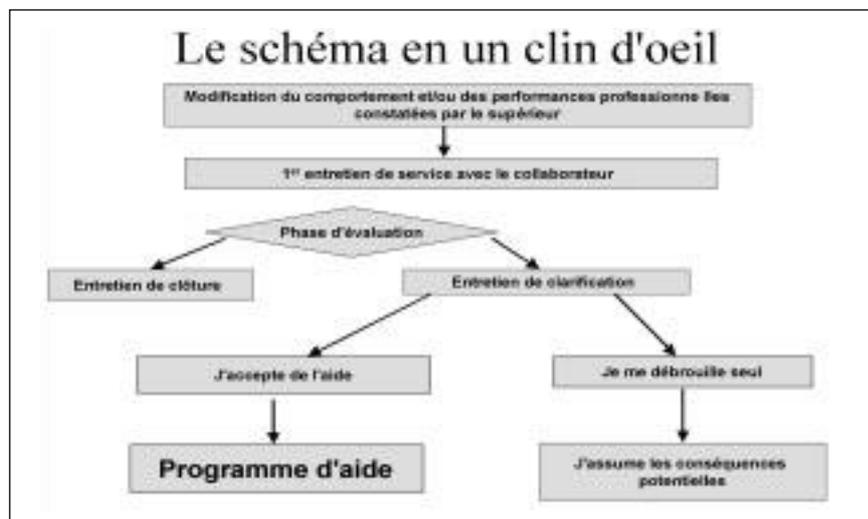
règles sont établies, privilégiant l'interdiction de consommer durant le temps de travail ou/et aménageant de rares exceptions. Des formations de la ligne hiérarchique sont indispensables, pour leur apprendre à réagir de manière adéquate face à un dysfonctionnement professionnel. A coup sûr, le débat suscité par la mise en place de l'ensemble de ces mesures est difficile, mais fructueux. Pour exemple, lorsque les PTT ont implanté leur «programme alcool» à la fin des années 80, une évaluation a été faite 3 ans après (ISPA, 1992) auprès des cadres formés³; elle a montré que les cadres osaient mieux aborder ce problème avec leurs collaborateurs, que le programme était jugé unanimement important et que son implantation a favorisé la communication au sein de l'entreprise. Un bénéfice secondaire inattendu, mais ô combien positif, à une époque où la promotion de la santé peine à trouver sa place dans le monde du travail.

Notes

¹ Yersin (1993). Epidémiologie des accidents liés à l'alcool en Suisse: Revue des études des centres d'urgence.

² Par commodité de lecture, le terme sera utilisé dans cet exemple au masculin. Il doit être compris comme un terme générique, incluant aussi le féminin, tant il est vrai que ce problème concerne aussi les femmes.

³ ISPA (1992). Evaluation du programme de l'alcoolisme et des toxicomanies des PTT. Document non publié.



La collaboration d'une institution ambulatoire avec le monde du travail : opportunités et limites

Philippe Vouillamoz, intervenant en toxicomanies et responsable du secteur thérapie des centres d'aide et de prévention (CAP) de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT)

La collaboration avec le monde du travail n'intervient pas seulement au niveau de la prévention primaire. Dans un contexte où l'implantation de programmes spécifiques est rendue difficile faute de moyens de part et d'autre, il reste un rôle important à jouer pour l'employeur dans le soutien au rétablissement. L'expérience de la LVT. (Réd.)

prises valaisannes. A l'époque, tout comme d'autres organismes romands à l'instar de l'ISPA, elle s'inspirait des expériences nord-américaines en la matière.

S'il apparaissait relativement aisé d'introduire un programme de prévention au sein d'une entreprise de grande envergure, de sérieux problèmes de mise en œuvre se posaient au niveau des PME.

Dès 1987, la LVT lançait une démarche originale de prévention alcool dans les PME en concevant un programme assez souple pour répondre aux besoins de tout type d'entreprise. Celui-ci offrait un programme «à la carte» s'articulant autour de 5 volets :

- définition de la politique d'entreprise face aux problèmes d'alcool au travail,
- analyse ergonomique permettant d'identifier les situations à risque et de proposer des mesures concrètes
- information aux employé(e)s
- formation des cadres pour les rendre plus compétents face à un collaborateur en difficulté
- aide à la personne concernée

Pour ce dernier volet, la LVT proposait à l'entreprise un programme de prise en charge et à la personne concernée un appui spécialisé de type médico-social qui intégrait une préparation du retour au travail.

Un bilan contrasté

Le projet «prévention alcool dans les PME» a rencontré 2 obstacles majeurs :

Les centres d'aide et de prévention de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (CAP LVT) ont pour mission de lutter contre toutes les formes de toxicomanies en agissant dans les domaines de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce mandat à plusieurs volets nous amène à considérer la question de l'alcool au travail tant du point de vue de la prévention que de celui de l'accompagnement des personnes en difficulté dans l'entreprise.

13809 établissements «marchands» sont des PME (moins de 250 emplois) et 88% d'entre eux comptent moins de 10 emplois. On mesure ici l'importance des PME dans le tissu économique...»¹

Dans ces toutes petites PME, la hiérarchie se résume souvent à un patron et quelques employés, le patron étant souvent lui-même un patron-ouvrier. Le domaine des ressources humaines, tel que nous l'entendons habituellement, n'y est pas du tout développé.

Le tissu économique valaisan

«En Valais, seulement 19 entreprises comptent 250 emplois et plus. Elles totalisent 11,2% des emplois alors qu'en moyenne suisse les grandes entreprises occupent plus du tiers des personnes. Selon l'étude, 99,9% des

La LVT et la prévention en entreprise

Un peu d'histoire

Dans les années 1980, la LVT a participé à l'implantation de programmes de prévention alcool sur la place de travail dans quelques grandes entre-

- L'estimation des changements organisationnels nécessaires au lancement et à la distribution du produit PME a été insuffisante.

A la fin des années 80, nous avions l'ambition de participer à l'implantation d'une politique de gestion performante des problèmes d'alcool au travail. Plus de 500 entreprises avaient été touchées par une campagne de sensibilisation occasionnant des dizaines de contacts.

Aller plus loin dans le projet PME aurait impliqué une restructuration de la LVT, faute de quoi, nous ne pourrions qu'énoncer des desiderata sans moyen d'action.

La capacité de promotion (vente), et de suivi (service après-vente) nous ont fait défaut.

La crise économique du début des années 1990 a mobilisé toute l'énergie des entreprises ne leur permettant plus de se soucier de problèmes «secondaires et annexes». Par ailleurs, dans les PME, les collaborateurs présentant des problèmes de dépendance se sont retrouvés parmi les premiers licenciés lors des restructurations. Le problème pour l'entreprise s'est alors résolu par lui-même.

Par contre, nous avons retrouvé ces personnes dans le cadre de nos collaborations avec les ORP quelques mois plus tard.

Les interventions actuelles en entreprises

Depuis 1992, nous nous contentons d'objectifs minimalistes, à savoir répondre aux demandes d'entreprises sans les solliciter.

Le type d'entreprise qui fait appel à nous s'élargit désormais. Ces deux dernières années, nos prestations dans ce domaine ont surtout concerné :

- des collectivités publiques (communes d'une certaine envergure),
- des associations professionnelles (dans le cadre de moments de formation continue),



- des organisateurs de mesures du marché du travail pour les chômeurs,
- des écoles professionnelles formant des adultes (agents de maintenance),
- des grandes entreprises.

L'accompagnement spécialisé de travailleurs ayant des problèmes d'alcool

Le signalement par les employeurs

Année après année, nos statistiques montrent que le signalement par les

employeurs reste très faible (env. 1%).

A titre de comparaison, les signalements émanant de la personne elle-même ou de son entourage sont de l'ordre de 30%, alors que ceux provenant des milieux médicaux atteignent près de 25% de la totalité des signalements.

Quelques cas sont répertoriés auprès des entreprises où nous avons fourni des prestations de prévention durant l'année. Mais la source de signalement «se tarit» rapidement. Faute de pouvoir investir dans une répétition périodique des messages, dans des séminaires d'évaluation et de remise en situation, le concept de prévention ne demeure pas opérationnel. Cela se vérifie surtout s'il n'est pas intégré organiquement au concept de formation permanente de l'entreprise. Or ces conditions favorables ne se rencontrent quasiment pas dans les PME de petite taille.

La collaboration avec les employeurs pendant et après le traitement

C'est certainement là que nous mesurons aujourd'hui les plus grands bénéfices de la collaboration avec le monde du travail.

Bien que peu d'employeurs soient à l'origine d'une entrée en traitement, ils ne sont généralement pas dupes de la problématique de consommation de certains collaborateurs. Leur inaction est souvent le résultat de mécanismes de complaisance ou de

co-dépendance. Lorsque ce n'est pas le cas, la non intervention s'explique plutôt par le malaise voire la maladresse à aborder la question de l'alcool au travail.

Pour autant que la dégradation du rendement professionnel n'ait pas atteint un point de non retour, l'employeur accueille généralement avec soulagement l'annonce par son collaborateur de la mise en route d'un processus thérapeutique.

Notre expérience montre qu'il est relativement aisé de mobiliser l'employeur lorsque l'utilisateur y consent. Nous le soutenons alors dans la mise en place de dispositifs de prévention de la rechute négociés avec et en présence du collaborateur concerné.

L'employeur peut alors jouer un rôle prépondérant, notamment en :

- préparant le retour sur la place de travail (maintien ou changement du poste de travail, sensibilisation de la hiérarchie et des collègues au respect de l'abstinence et aux difficultés qui pourraient survenir; évitement des défis et paris stupides pour tester la résistance à l'alcool, ...)
- activant un processus d'alarme en cas de signes précurseurs ou révélateurs d'une rechute (être capable de détecter les signes précurseurs, d'en parler rapidement, de motiver la personne à recontacter sans attendre le thérapeute voire de le faire à sa place si elle ne réagit pas,...)
- étant le témoin privilégié des changements intervenus et en participant à la restauration de l'estime personnelle (ne pas

manquer de relever les efforts, les changements intervenus,...)

En fonction de la petite taille de certaines entreprises, le patron est presque un proche. A tel point qu'il nous est parfois nécessaire de cadrer son envie de bien faire.

Les attitudes que nous développons dans le travail avec les proches sont alors pleinement appropriées.

En conclusion

L'investissement en entreprise que nous sommes à même de fournir ne suffit pas à créer les conditions suffisantes pour que l'on mesure des effets en terme d'interventions plus précoces, plus nombreuses auprès des personnes en difficulté avec l'alcool.

Par contre, les expériences en entreprise nous aident aujourd'hui à mieux utiliser le potentiel d'aide de l'employeur dans le processus de rétablissement.

Note

¹ source: recensement des entreprises valaisannes réalisé en septembre 2001 par l'Office fédéral de la statistique.

Patrice Meyer,
éducateur
spécialisé et
intervenant
systémique,
responsable du
secteur
Postsevrage au
Torry.

Dans le rapport de l'employeur à l'employé qui souffre d'un problème d'alcool, il est question de choix. Le choix donné ou non de se faire aider, le choix d'accepter cette aide ou non. En présentant l'approche systémique pratiquée au Torry, Patrice Meyer explore les conditions qui permettent l'éclosion de la notion de choix, si souvent symptomatiquement absente chez les personnes dépendantes. (Réd.)

Permettre la liberté de choisir

Le contexte institutionnel

Le Torry, Centre de traitement des dépendances, spécialisé en alcoologie, accueille en séjour résidentiel des hommes et des femmes, aussi bien de langue française qu'allemande. Le Torry propose deux programmes de traitement: Le Postsevrage accueillant des clients pour un séjour de cinq semaines; La Réinsertion succédant au Postsevrage dans la mesure où le client en fait la demande et que cela s'avère indiqué. Les personnes accueillies ont des profils socioprofessionnels très variés. Cela va d'une situation où l'aide sociale est impliquée de longue date, à celle d'une personne ayant encore un travail et une vie sociale importante. Des disparités apparaissent également en ce qui concerne les cursus de formation. L'état de santé connaît aussi des différences significatives, qu'elles soient directement liées à la consommation d'alcool ou non.

Une pratique de réseau

Les séjours au Torry étant limités dans le temps et la limite supérieure rarement atteinte, il s'agit donc le plus souvent de séjours d'une durée entre cinq semaines et quelques mois. La longueur d'un séjour n'est pas le seul critère favorisant la réussite d'une démarche. Cela d'autant plus quand le traitement d'une dépendance est conçu comme s'inscrivant dans un processus. L'état d'esprit qui prime au Centre peut se résumer de la manière suivante: aussi longtemps que nécessaire, mais pas plus. Cette perspective invite d'emblée à ne pas complètement couper les clients avec la réalité quotidienne qui prévaut en dehors des murs du Centre. D'ailleurs l'attention est, dès le premier contact, tournée vers l'après-séjour et le retour à la vie quotidienne. L'implication du réseau relève de ce souci et fait l'objet d'une réflexion débouchant sur des entretiens de couple ou de famille, des entretiens avec l'employeur, une participation lors des bilans, une invitation des proches à une

séance d'information Al-Anon, etc. En ce qui concerne les intervenants extérieurs impliqués dans l'accompagnement, le maintien du contact avec leurs clients ou patients est vivement encouragé.

Le premier contact avant l'admission

Le premier contact a le plus souvent lieu par téléphone. Les personnes en difficulté appellent elles-mêmes ou c'est une tierce personne qui s'en charge (proches, médecin, assistant social, etc.). Ce contact porte sur une demande de renseignement concernant les prestations offertes par le Torry et peut déboucher, ou non, sur un rendez-vous (entretien de présentation libre de tout engagement). Il ne s'agit pas là d'une simple formalité, mais bien d'un premier lien comportant différents enjeux: accueil et écoute, renforcement de la motivation, transmission d'une information de qualité. En ce sens, ce premier contact prend tout à fait place dans le processus thérapeutique lui-même et donne un aperçu des valeurs dont Le Torry est porteur. Il est d'ailleurs important de se souvenir, en toute modestie, que le processus thérapeutique est souvent déjà amorcé bien avant que les intervenants du Torry ne soient contactés.

Lors de l'entretien de présentation, la présence de membres du réseau de la personne en difficulté avec l'alcool est vivement souhaitée. Cependant, si cela n'est pas envisageable, il est malgré tout possible de leur faire une place en évoquant leurs réactions à cet entretien et au projet de traitement.

L'orientation de l'accompagnement

Plutôt que d'essayer d'imposer un modèle de pensée et d'action, il s'agit de créer un contexte permettant aux clients de faire le point quant à leur vie. C'est une invitation active à s'engager dans un processus de réflexion dont le résultat ne peut être fixé à l'avance. Leurs projets de vie et la demande d'aide (forme et contenu) sont ainsi au centre du travail d'accompagnement.

Les clients et les intervenants participent à une entreprise commune de construction débouchant progressivement sur la définition du projet propre à chaque personne accueillie. Selon le niveau de maturation, ce projet entre dans une phase de concrétisation lors de l'élaboration des objectifs personnels et de leur mise en œuvre.

Modèle de référence : de la première à la seconde cybernétique

Qui dit modèle de référence dit aussi un rapport au savoir. Notre époque est encore marquée par un certain positivisme et sa prétention à fonder la connaissance sur les seuls faits. Cela semble à prime abord intéressant, mais comporte également des pièges. L'intervenant y est perçu comme absolument extérieur au phénomène qu'il observe ou traite. C'est ce que l'on peut voir dans le modèle issu de la première cybernétique.

«La première cybernétique ou cybernétique du premier ordre étudie les moyens par lesquels les systèmes maintiennent et changent leur organisation. L'observateur est extérieur et objectif, il n'a aucune influence sur ce qu'il observe, il n'est pas modifié par l'objet observé. Dans le cas des systèmes humains, le thérapeute-observateur peut ainsi juger la dysfonction, la pathologie, le fonctionnement ou les normes du système. En se basant sur les données démontrant l'influence de l'observateur dans l'observation scientifique, von Foerster affirme que l'observateur fait partie de ce qui est observé, car il prend part à sa construction. L'observateur et l'observé forment ainsi un système *auto-observant*. C'est ce qu'on appelle la cybernétique du deuxième ordre ou cybernétique de la cybernétique. La récursivité entre l'observateur (le thérapeute) et l'observé (la famille), leur influence réciproque, est ce qui distingue la première cybernétique de la seconde.

La cybernétique de second ordre vient ainsi enrichir la théorie systémique en y ajoutant la composante émotionnelle et l'intersubjectivité présentes dans la circularité des relations humaines.»¹

Ce concept de système auto-observant, dans la prise en compte du rapport de l'observateur à l'observé et vice versa, ne se limite bien évidemment pas à l'accompagnement des familles. Cette nouvelle perspective, en introduisant l'intervenant dans «l'arène», va avoir un impact sur l'intervention elle-même et la manière de se la représenter. Il n'est plus possible d'en parler tout à fait de la même façon. Ceci n'est d'ailleurs pas sans incidence sur le rapport à la connaissance ou au fait même de savoir.

«Si nous sommes d'accord avec les auteurs postmodernes pour dire que la réalité que nous «connaissons» est une interprétation limitée par nos techniques, nos *a priori* et par la constitution même de notre système nerveux, nous constatons pourtant avec Korzybski qu'il existe bien une réalité en dehors des cartes que nous utilisons pour nous orienter. «La carte n'est pas le territoire», mais il est utile que notre carte soit aussi conforme que possible à la réalité dans laquelle nous nous mouvons.»²

Ce n'est donc pas tant le constat de l'impossibilité de tenir un discours sur la réalité ou un phénomène que l'implication concrète de celui qui l'énonce et de ses limites qui est à retenir.

La vision systémique du contexte

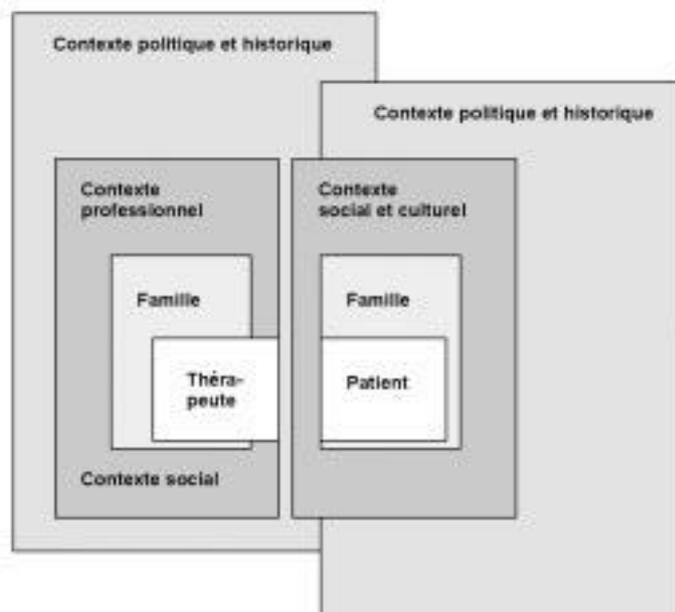
A la suite de ce qui vient d'être énoncé ci-dessus, ce ne sera pas seulement une personne ou une famille qu'il faut représenter sur un schéma du contexte de traitement, mais bien le système auto-observant dans sa complexité systémique. Ci-dessous sont représentés les différents contextes impliqués dans une relation d'aide.

«Chacun de nous, en combinant ces différents facteurs, peut facilement comprendre combien de systèmes relationnels ou de croyances individuelles et sociales sont impliqués dans la plus simple consultation.

Il est important de les avoir à l'esprit dans chaque rencontre et de savoir à quel niveau de la complexité se placer dans chaque rencontre.»³

Dans la relation entre le client et l'intervenant, il convient donc de considérer les différents systèmes et niveaux en présence.

Il est bien évidemment pas possible d'avoir en permanence tous ces aspects à l'esprit, mais essentiel d'être capable de s'orienter parmi les différents niveaux. Cette vision prenant en considération le client et l'intervenant donne un nouveau relief à la relation⁴.



L'association langage et contexte dans l'élaboration du sens

Les mots et les concepts n'ont pas un sens arrêté une fois pour toutes. Une langue évolue avec ceux qui l'utilisent et leur contexte. Selon De Shazer, la signification se dégage d'une négociation entre personnes utilisatrices du langage dans un contexte donné. Il précise sa pensée à partir de certains termes comme : «dépression», «problème conjugal» et «problème individuel».

«Ce que signifient ces termes est à la fois arbitraire et instable, c'est-à-dire que leur sens varie en fonction de ceux qui les utilisent et de ceux à qui ils sont adressés au sein d'un contexte donné.»⁵

Cette perspective s'inscrit pleinement dans la seconde cybernétique. Le sens ne peut être transmis de façon sûre et

de manière unilatérale. Ceci est valable aussi bien pour une simple discussion que pour un entretien entre client et intervenant.

«Le contexte social, qui inclut le thérapeute et le client (ainsi que le cadre dans lequel ils se rencontrent et, en plus, ce qu'ils se disent en réaction l'un par rapport à l'autre) les aide tous les deux à construire ensemble un sens à partir du dialogue. Selon Bakhtine, «aucun énoncé en général ne peut être attribué au seul locuteur : il est le *produit de l'interaction* des interlocuteurs et, plus largement, le produit de toute cette *situation sociale* complexe dans laquelle il a surgi.»⁶

De Shazer adopte le terme de jeu de langage pour qualifier un système complet de la communication humaine. C'est dans les jeux de langage que les mots, les gestes, etc., prennent leur sens.

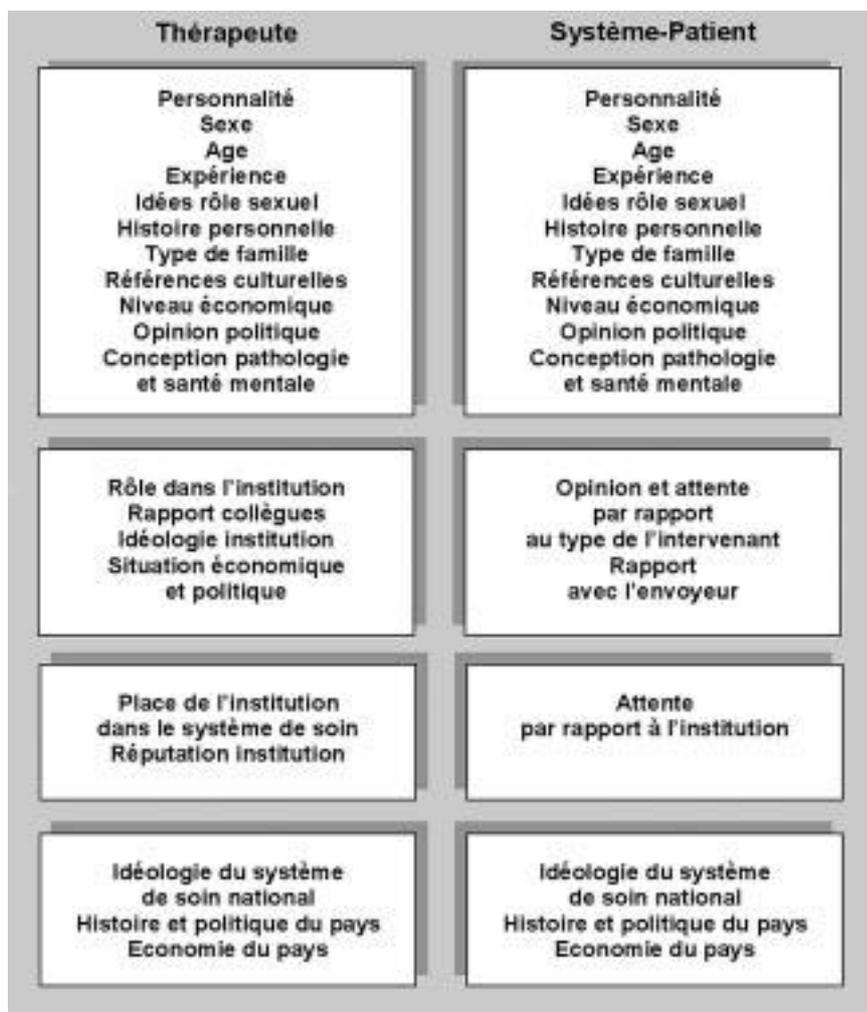
«Les jeux de langage sont des activités partagées et structurées culturellement qui sont centrées sur la façon dont les gens utilisent le langage pour décrire, expliquer et justifier. Les jeux de langage sont des activités par lesquelles sont construites et maintenues les réalités et les relations sociales. Les signes (ou les actions) durant le jeu consistent en phrases (ou signes), qui elles-mêmes sont constituées de mots, de gestes, d'expressions faciales, de postures, de pensées, etc. Etant donné qu'il s'agit ici d'un système complet en lui-même, tout signe particulier ne peut être compris que dans le contexte du modèle des activités qu'il englobe. Ainsi donc, le sens de chaque mot particulier dépend entièrement de la façon dont les participants au jeu de langage emploient ce mot. Si le contexte différerait sensiblement, ce jeu-là ne serait pas joué ; il s'agirait d'un jeu totalement différent.»⁷

L'entretien mettant en présence un client et un intervenant est donc constitué de jeux de langage. C'est à partir de ceux-ci que des glissements de sens sont possibles. Les certitudes peuvent ainsi à nouveau être interrogées et déboucher sur des modifications, y compris au niveau du comportement.

«En premier lieu, parce qu'une signification suppose toujours une interprétation, les significations peuvent changer. En deuxième lieu, les thérapeutes centrés sur les solutions considèrent que tous les jeux de langage contiennent des hypothèses tenues comme allant de soi par les «joueurs» eux-mêmes. Une stratégie pour changer nos interprétations et celles des autres est, dès lors, de rendre explicite ces hypothèses allant de soi. Cette stratégie transforme les hypothèses en choix. Il y a maintenant des sujets dont nous pouvons parler, que nous pouvons laisser tomber, modifier ou maintenir.»⁸

Du langage des problèmes à celui des solutions

Le reproche est parfois adressé aux intervenants de prêter plus d'attention aux problèmes rencontrés par les



clients qu'à leurs ressources et compétences. Si cela s'avère être le cas, ce n'est pas sans risque.

«En tant que thérapeutes, nous influençons fortement, au cours de l'entretien, la perception et l'idée que se font les clients de leur situation. Ce à quoi nous choisissons de nous intéresser, ce que nous choisissons d'ignorer, la façon de formuler nos questions, le fait d'interrompre le client ou de rester silencieux, tout cela participe à l'image que le client se construit de sa situation.»⁹

En reprenant la notion de jeu de langage s'inscrivant dans une relation en cours, il est évident que de mettre l'accent prioritairement sur le problème ou sur la solution entraîne un effet différent. Il est vrai que dans les formations suivies par les différents intervenants une place importante est faite à la définition du problème. Cette manière de procéder induit que le client a le problème et l'intervenant la solution sous forme d'une action réparatrice. Les tenants de l'approche centrée sur la solution pensent qu'il est préjudiciable de trop attacher d'importance aux problèmes, de par le fait même qu'ils monopolisent ainsi l'attention. Si, au contraire, l'intérêt se porte sur les solutions, les problèmes perdent de leur impact. De plus, l'énergie est alors disponible pour être investie dans la recherche de ce qui peut mener à une solution. Cela ne veut toutefois pas dire que le choix de se centrer sur les solutions amène à exclure ou encore à nier les problèmes. La définition du problème conserve une certaine utilité. En effet, la vision du problème que chacun a à l'esprit va fortement influencer ce qui sera entrepris de part et d'autre. L'exploration du problème permet, en plus d'alimenter la réflexion de l'intervenant, de créer le contact avec le client à partir de ce qui motive sa démarche. Cela représente l'immense avantage de construire une relation empathique et de fournir peut-être déjà des exemples où le problème ne s'est pas manifesté, ou que partiellement. L'exploration du problème peut alors

servir de tremplin à une démarche vers des solutions, c'est là que réside son intérêt.

L'utilité du repérage des différents niveaux de la relation

La principale utilité que comporte le fait de repérer un niveau dans la relation, entre le client et l'intervenant, est de permettre d'y adapter l'intervention.

«Nous avons trouvé qu'identifier le type de relation qui existe entre le client et le thérapeute aide à déterminer l'intervention thérapeutique qui a le plus de chance d'aboutir à une coopération et une participation croissantes du client dans le processus thérapeutique et, par voie de conséquence, à une diminution de la longueur du traitement.»¹⁰

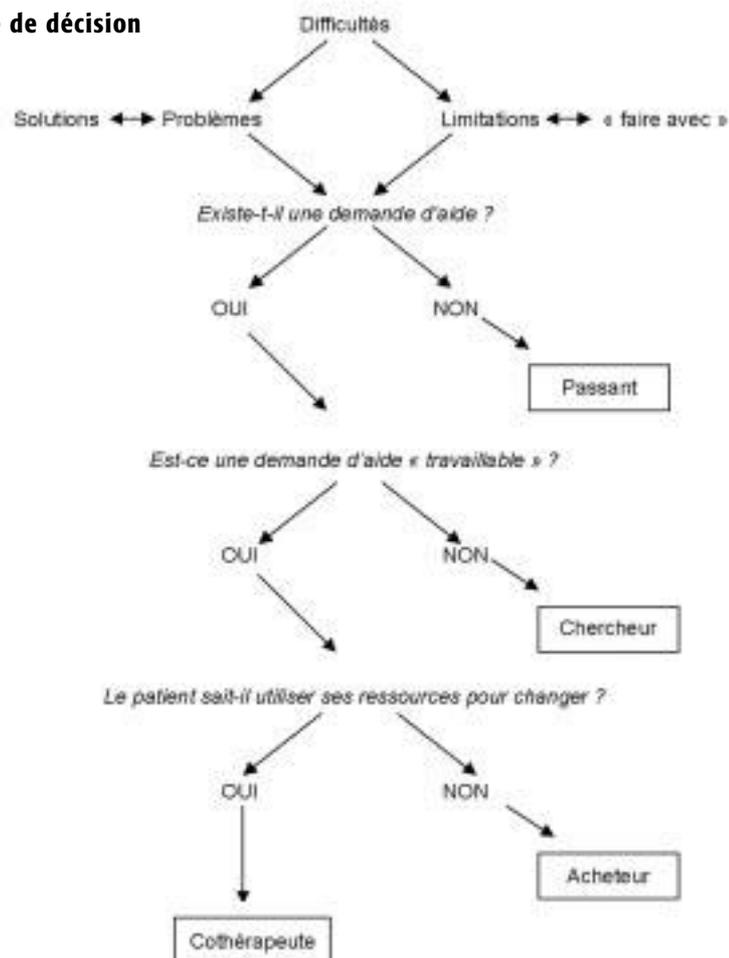
Il ne s'agit pas d'un gadget thérapeutique, mais bien de créer les prémices

d'un travail en commun. Prendre en compte le client et l'intervenant dans le cadre de la relation qu'ils établissent est en accord avec le modèle de référence retenu ici. Un autre aspect intéressant de cette perspective est de permettre de suivre l'évolution de la relation en continuant à y adapter l'intervention.

Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas de porter un jugement sur les personnes en présence, mais bien d'évaluer une relation. Mieux savoir où l'on se situe limite également le risque de frustration de part et d'autre.

La présentation des niveaux de la relation sous la forme d'un schéma qui est retenue ici est celle élaborée par Cabié M.-C. et Isebaert L. (1997). Elle présente l'immense avantage de permettre d'établir un lien dynamique entre niveau de la relation, la demande/besoin/ressources du client et les réponses possibles de la part de l'intervenant.

Arbre de décision



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Problème ou limitation

Quand une difficulté se présente et qu'une solution est envisageable, il s'agit alors d'un problème à résoudre. A l'inverse, si aucune solution n'est possible, la difficulté peut-être considérée comme une limitation avec laquelle il faut vivre («faire avec»). La recherche de solutions est donc réservée aux problèmes. Dans les faits, la plupart des difficultés sont composées d'une part de limitations et d'une autre faite de problèmes.

«Ne pas confondre limitation et problème permet de centrer son attention et son énergie sur la résolution des conséquences de la limitation, conséquences qui constituent des problèmes.»¹¹

Demande d'aide, ou non ?

La relation entre le client et l'intervenant va être grandement influencée par la réponse apportée à cette question. Sans demande d'aide, aucun mandat n'est confié à l'intervenant, ni remise en question envisagée. A vouloir brûler les étapes et agir comme si la demande existait, il y a risque de bloquer la situation et même de la voir se cristalliser. Il est nécessaire de d'abord poser les premiers jalons d'une relation et seulement ensuite prospecter afin de repérer une éventuelle demande d'aide latente. Qu'elle que soit la façon de procéder, il s'agit toujours d'amener le client à effectuer un glissement de perspective et à envisager un élargissement des possibilités.

Demande d'aide «travaillable», ou non ?

Une demande d'aide n'est «travaillable» que si elle peut être convertie en objectifs opérationnels. Si ce n'est pas le cas, la demande d'aide demeure vague et mal définie (impossibilité d'obtenir des précisions, accumulation de difficultés, etc.), auto-annulatrice (abandon de sa part de responsabilité et ressources attribuées à autrui, accent mis sur le caractère inéluctable

et incontrôlable de ce qui survient) ou porte sur un problème imputé à une autre personne (raisonnement qui consiste aussi à faire dépendre d'autrui la solution). A ce niveau de la relation, il convient de développer une demande d'aide permettant d'aboutir à la définition d'objectifs précis auxquels peuvent adhérer le client et l'intervenant.

Le bon usage des ressources

A ce niveau de la relation le client a une demande d'aide «travaillable», mais ne sait pas comment s'y prendre. Il a assurément les ressources nécessaires sans pour autant être en mesure de s'en servir. S'il est disposé à suivre et à mettre en œuvre ce que l'intervenant conseille, il s'avère par contre dans l'incapacité d'élaborer sa propre stratégie. A ce niveau de la relation, il s'agit donc de stimuler les capacités d'autothérapie du client.

L'étape suivante et dernière étape du processus relationnel consiste pour l'intervenant à aider le client à appliquer sa propre stratégie. Le principal risque est que l'intervenant accepte mal cette autonomie et qu'il cherche à modifier cette stratégie. Une telle attitude est disqualifiante et donc inadéquate.

Affiliation et résistance

C'est à l'intervenant qu'il appartient de créer un climat relationnel lui permettant de s'affilier au client. Pour cela, il doit être capable de se montrer authentique, empathique et avoir le souci du bien-être du client. Le respect des valeurs, des convictions et opinions de son vis-à-vis, même s'il ne les partage pas, s'inscrit dans cette dynamique. L'affiliation ne peut d'ailleurs jamais être considérée comme définitivement acquise, elle doit donc être renouvelée en permanence. Ce climat relationnel constitue la base même de la coopération entre l'intervenant et le client, mais il est encore nécessaire que ce dernier confie à l'intervenant un mandat (demande d'aide). Une fois ce mandat obtenu, il convient d'établir la circularité des mandats afin que le client puisse utiliser ses ressources et développer ses compétences.

«D'une part, le thérapeute doit être accepté comme l'expert, celui qui sait, celui qui peut aider, et dont le patient acceptera l'aide. D'autre part, il use de cette position pour constamment mettre le patient en position d'expert, chercher ses compétences et donner son aval à ses solutions. C'est dans ce va-et-vient, dans cette circularité de mandat que le thérapeute se fait confier pour pouvoir le rendre, que se constitue la spirale vertueuse qui augmente les capacités du patient et du système à résoudre leurs propres difficultés.»¹²

Travailler à obtenir un mandat est donc une tâche essentielle revenant à l'intervenant. C'est une condition afin d'être en mesure d'accompagner le client. Si l'intervenant ne se voit pas confier de mandat, faut-il pour autant parler de résistance? Dans cette perspective le terme de résistance est abandonné au profit de celui d'information pertinente devant servir à réorienter l'intervention.

Choisir de choisir

La position adoptée ici est celle qui consiste à concevoir l'objectif de l'intervention comme étant de rendre au client sa liberté de choisir. La dépendance à un produit est marquée par le non exercice de cette liberté, aussi bien au niveau du sens que le client attribue à sa situation qu'au niveau de sa façon d'agir. Ce non exercice de la liberté de choisir n'est cependant pas du même ordre que les représentations et comportements attribués au conformisme ou aux habitudes. En effet, de par l'éducation et les apprentissages, ils se sont mis en place et nous évitent ainsi de devoir choisir. Il s'agit d'ailleurs là d'une faculté indispensable à la gestion du quotidien par exemple.

«En quoi ces comportements que nous ne choisissons plus sont-ils différents des comportements symptomatiques? La réponse se situe à un niveau logique au-dessus de celui du simple choix. Ces comportements habituels et automatisés, nous choisissons de ne plus les choisir, de ne plus les soumettre au

choix. Quant aux comportements symptomatiques, nous les agissons, non seulement sans avoir l'impression de les choisir, mais aussi en ayant la conviction que nous ne pouvons pas choisir de ne pas les choisir.

Vu sous cet angle, l'objectif de la thérapie est alors d'aider nos patients à pouvoir choisir de choisir, à se sentir libres à nouveau d'exercer ou non leur libre arbitre. Telle nous semble être la condition nécessaire et suffisante pour qu'ils parviennent à abandonner leurs symptômes.»¹³

«Dès lors, notre objectif en tant que thérapeute n'est pas de changer les patients mais de les mettre dans un contexte où ils pourront choisir de changer. Il ne suffit pas de leur offrir ou de suggérer des alternatives à ce qu'ils vivent. Nous les entraînerions alors dans une relation de dépendance où pour toute décision, tout choix, ils se sentiraient obligés de venir nous consulter. Il s'agit que les patients puissent reprendre la direction de leur vie et la mener dans une direction satisfaisante.»¹⁴

Il s'agit de remettre en marche un processus qui consiste à être placé en situation de choisir de choisir. La responsabilité de l'intervenant est alors celle de créer un contexte où ce processus peut voir le jour. Il appartient ensuite au client de décider d'exercer ou non son libre arbitre. Dans le cas où il décide de le faire, cela va avoir des répercussions aussi bien sur la carte qu'il utilise pour s'orienter dans la réalité que dans les actes qu'il pose.

Une éthique de la pratique

Il est vain de vouloir faire le bonheur d'autrui contre son gré. Faire sien ce constat implique des conséquences, aussi bien au niveau du regard que l'on porte que de la pratique professionnelle. Dans les professions d'aide, il existe fréquemment la tentation de se

substituer à autrui et à avoir ainsi la prétention de savoir ce qui convient à une autre personne. Il est toujours possible d'arguer du fait que nous n'allons pas chercher ceux qui font appel à nos services. Ils viennent de leur bon vouloir, malgré une pression très variable exercée par le contexte. Il ne faut cependant pas en déduire qu'il s'agit pour autant toujours d'une demande d'aide. C'est un raccourci qu'il faut éviter sous peine de méprise quant au niveau de la relation. En effet, cette demande porte parfois uniquement, au départ, sur le souhait de ne plus subir les inconvénients liés à la consommation. Il s'agit alors plus d'une demande d'intervention extérieure réparatrice ayant la faculté d'éliminer quasi magiquement ce qui dérange et fait souffrir. L'assimilation d'une addiction au modèle de la maladie somatique s'avère alors piègeante. Il est donc nécessaire que l'intervenant accepte de reconnaître la diversité des demandes et soit capable d'en tenir compte.

Au Torry, l'intervention va se situer à la croisée entre une perspective orientée vers la stimulation à choisir de choisir et la prise en compte du niveau de la relation. L'intervenant assume ainsi son rôle de créateur de contexte facilitant la démarche du client tout en respectant sa situation. S'il est bien l'expert en relation d'aide, il est indispensable qu'il reconnaisse que le client est assurément celui de sa propre démarche. D'ailleurs, la création d'un contexte permettant au client de choisir de choisir ne peut prendre forme de la même manière à tous les niveaux de la relation. C'est là que s'exerce la compétence de l'intervenant. S'il y réussit, il y a alors progressivement coopération et construction débouchant sur des objectifs et leur mise en œuvre.

Cette perspective repose sur un choix : celui de considérer le client comme une personne ayant des ressources et des compétences, donc comme capable d'être actif dans son propre traitement.

Notes

- ¹ Villeneuve Cl., Toharia A. (1997), *La thérapie familiale apprivoisée*, Erès, p. 54.
- ² Cabié M.-C., Isebaert L. (1997), *Pour une thérapie brève*, Erès, p. 29.
- ³ Laurent M. (2000), *La systémique dans le service public : bien plus qu'une affaire de thérapie familiale*, Thérapie Familiale, Vol. XXI, no. 4, pp. 365-366.
- ⁴ Laurent M. (2000), *La systémique dans le service public : bien plus qu'une affaire de thérapie familiale*, Thérapie Familiale, Vol. XXI, no. 4, p. 367.
- ⁵ De Shazer S. (1999), *Les mots étaient à l'origine magiques*, Satas, p. 12.
- ⁶ De Shazer S. (1999), *Les mots étaient à l'origine magiques*, Satas, pp. 71-72.
- ⁷ De Shazer S. (1996), *Différence*, Satas, pp. 86-87.
- ⁸ Miller G., De Shazer S. (2001), *Avez-vous entendu la dernière à propos de...? La thérapie brève centrée sur les solutions en tant que rumeur*, Thérapie Familiale, Vol. XXII, no. 3, p. 302.
- ⁹ O'hanlon W. H., Weiner-Davis M. (1995), *L'orientation vers les solutions*, Satas, p. 62.
- ¹⁰ Berg I. K., Miller S. D. (1998), *Alcool, une approche centrée sur la solution*, Satas, p. 40.
- ¹¹ Cabié M.-C., Isebaert L. (1997), *Pour une thérapie brève*, Erès, p. 118.
- ¹² Cabié M.-C., Isebaert L. (1997), *Pour une thérapie brève*, Erès, p. 83.
- ¹³ Cabié M.-C., Isebaert L. (1997), *Pour une thérapie brève*, Erès, p. 31.
- ¹⁴ Cabié M.-C. (1998), *Thérapie systémique brève : choix et solutions*, Thérapie Familiale, Vol. XIX, no. 3, p. 286.

Florence Burri,
responsable
des
infirmières en
santé
publiques aux
HUG et
présidente du
GRAAL

La diversité des approches, l'implication de différents acteurs, la répétition des messages, autant d'éléments qui expliquent le succès des programmes mis en place par le GRAAL dans les hôpitaux de Genève. Un site Intranet, où chacun peut s'interroger sur sa consommation d'alcool, est venu récemment compléter l'offre existante. Panorama. (Réd.)

L'expérience du GRAAL ou le succès d'un programme de prévention en entreprise

Le nombre de personnes ayant une dépendance à l'alcool est évalué par les organismes spécialisés entre 5% et 8% de la population adulte. Ce pourcentage s'applique à notre institution.

L'alcoolisme a des conséquences importantes sur le plan de la santé publique. L'abus d'alcool entraîne à long terme des problèmes graves pour l'individu et son entourage. Cette maladie touche non seulement la sphère privée de l'individu mais également sa sphère professionnelle. En 1990, consciente de ce problème, la Direction Générale de l'Hôpital Cantonal a émis le souhait qu'un programme de prévention et d'intervention en matière d'alcool soit élaboré. C'est ainsi qu'est né le GRAAL, Groupe de Réflexion et d'Action en matière d'ALcoolisme, nom qui par ailleurs fait allusion à la quête allégorique du Graal par les chevaliers de la Table ronde.

Ce groupe a comme objectifs majeurs de proposer un cadre thérapeutique aux collaborateurs malades alcooliques et de créer une véritable culture d'entreprise autour de la prévention des conséquences de la maladie



alcoolique. Il met en place et développe un programme afin de permettre aux collaborateurs malades alcooliques de conserver leur emploi, de restaurer leur santé et de diminuer les risques d'être victime ou auteur d'accident. Le principe de base du programme GRAAL s'articule autour de la nécessaire implication de la hiérarchie

directe. Celle-ci doit prendre ses responsabilités en identifiant les dysfonctionnements, en les signalant au collaborateur en difficulté, ainsi qu'aux ressources humaines. Cette dynamique permet d'éviter les comportements complaisants des équipes visant à excuser celui qui dysfonctionne en exigeant plus des collègues.

Elle incite surtout les collaborateurs en difficulté à se prendre en charge et à résoudre leurs problèmes avec l'alcool grâce au soutien des infirmières de santé publique du personnel qui assurent le suivi du collaborateur et la coordination entre les différents partenaires internes et externes aux HUG. Au retour du traitement, un contrat «GRAAL» est défini et signé par le collaborateur et les HUG; il permet de fixer les engagements pris de part et d'autre, ainsi que les moyens de soutien offerts au collaborateur. D'un côté le collaborateur s'engage à se soigner et à régler ses dysfonctionnements, de l'autre l'institution s'engage à lui offrir les moyens nécessaires à son rétablissement. A ce jour, une centaine de personnes ont déjà



bénéficié de ce programme, dont la moitié est rétablie à 2 ans. La devise du GRAAL pourrait être résumée ainsi: «Ni accuser, ni excuser».

L'originalité du programme GRAAL

L'originalité de la démarche réside dans le fait d'agir sur l'environne-

ment professionnel de la personne alcoolique pour en faire un lieu de soutien en étroite relation avec les différents intervenants, au-delà même du cadre professionnel. Elle ne se substitue jamais à une thérapie, même si elle met au centre de son intérêt le rapport de dialogue avec la personne souffrant d'alcool. Son action se manifeste là où le thérapeute n'agit pas ou n'agira jamais, ce qui en fait la force du GRAAL.

Si la première raison du succès du GRAAL repose sur la volonté de la Direction d'avoir mis en place une politique d'entreprise face à la personne malade alcoolique et de conserver cette volonté au fil des ans, il faut insister sur la cohérence de l'institution qui se veut crédible vis-à-vis des collaborateurs ne souhaitant pas se prendre en charge, en osant aller jusqu'au licenciement.

Que dire du rôle et de la place importants des infirmières de santé publique (ISP)? C'est assurément nécessaire d'avoir des rouages en place mais encore faut-il en assurer le mouvement. Car, sans ce mouvement, toute politique adoptée n'est utile que sur le papier. En comprenant l'importance d'un véritable chef d'orchestre au cœur de la démarche, capable de dialogue avec tous les intéressés (hiérarchies, responsables de ressources humaines, médecins traitants, lieux de cure spécialisés et familles), et en imputant ce rôle aux ISP, le comité GRAAL non seulement s'est forgé la dynamique nécessaire à son action mais encore en a assuré la pérennité.

La composition même du Comité GRAAL intègre des entités-clés et très impliquées dans l'entreprise (membre de la Direction, syndicaliste formé en alcoologie, médecin-alcoologue, médecin d'entreprise, hiérarchie et ISP) ce qui a pour conséquence d'asseoir une réelle dimension opérationnelle et de donner au sein du comité une expertise reconnue autant par les divers partenaires internes qu'externes.

En y ajoutant le soutien offert à l'équipe des personnes dépendantes

de l'alcool sous contrat GRAAL, le fonctionnement même de ce contrat, la pluridisciplinarité dans les actions menées et le polymorphisme de ces actions (prise en charge et soutien individuels, coordination des partenaires médicaux, sociaux, ressources humaines et hiérarchies, séances de sensibilisation, formation des cadres), on comprend l'impact et les résultats d'un tel programme.

Son développement et son évolution

A la demande de la Direction de l'Hôpital Cantonal (HC), le groupe d'étude est constitué en 1990 et avait pour mission de définir une politique de prévention de l'alcoolisme en entreprise, de créer et mettre en place un programme d'intervention et une formation des cadres.

Entre 1990 et 1992, la politique d'entreprise en matière d'alcool proposée par le GRAAL, ainsi que le programme d'intervention sont acceptés par la Direction de l'Hôpital Cantonal. Dans deux secteurs pilote la démarche est testée avec succès et les actions du GRAAL sont alors étendues à l'ensemble de l'HC.

Entre 1993 et 1995, une nouvelle formation est créée et mise à disposition des cadres.

En 1995, le groupe devient un comité et est mandaté par la Direction générale de l'HC pour continuer ses actions de prévention et d'aide aux collaborateurs souffrant de la maladie alcoolique, de conseils et appuis à la hiérarchie et de formation du personnel d'encadrement.

Le programme GRAAL, en 1999, est à la demande de la Direction étendu à l'ensemble des HUG.

Dès 2001, le GRAAL décide de développer parallèlement à ses actions d'aide au collaborateur malade alcoolique, l'axe de la promotion de la santé par la mise sur pied de divers projets visant à agir en amont de la maladie, avant la maladie alcoolique; ceci notamment par des informations au personnel non-cadre sur les effets et risques de l'alcool.

Cette action a notamment permis aux HUG d'obtenir le label OMS: Hôpital Promoteur de santé.

L'année 2003 a vu naître un site Web intranet interactif GRAAL, présentant le programme GRAAL, sa mission, ses actions, ainsi que les personnes de référence en la matière. Enfin, il permet à chaque collaborateur de tester anonymement sa consommation d'alcool et de recevoir des conseils de santé adaptés à sa consommation et à sa personne.

Principaux résultats

Sous un angle quantitatif, on peut constater que, de 1991 à 2002, 100 collaborateurs dépendants de l'alcool ont bénéficié du contrat GRAAL avec un taux de rémission à 2 ans de 50%.

Dans une perspective plus qualitative, on relève les bénéfices implicites comme permettre au collaborateur malade alcoolique de conserver son emploi, de restaurer sa santé, de diminuer les risques d'accident et l'absentéisme.

Quant à l'aura plus élargie du programme et de son expertise à l'extérieur des HUG, soulignant sa perti-

nence, elle se situe dans la reconnaissance acquise et par les nombreuses demandes de conseils ou d'interventions (entreprises ou institutions, médecins du travail, particuliers).

Perspectives

L'action du GRAAL se fait au sein de l'institution et ne prend en charge que les cas de maladie alcoolique déclarés, souvent lors de dysfonctionnements à la place de travail. On pourrait s'attrister d'une telle réalité arguant le fait d'une intervention tardive. On voit mal pourtant comment intervenir officiellement auprès d'une personne sans griefs précis et sur le terrain hautement sensible de la liberté individuelle. Et l'idée n'est pas d'encourager une délation ou une traque de la personne malade alcoolique mais de faire évoluer chacun vers une plus grande maturité face à l'alcool et développer une meilleure connaissance des moyens d'aide à disposition dans l'institution. C'est à ce propos que le GRAAL a développé un projet d'une action préventive axée sur les consommateurs excessifs.

On retient ainsi les trois perspectives suivantes:

- continuer à former les cadres (nécessité due au renouvellement des cadres)
- continuer et développer les informations au personnel non-cadre
- rendre opérationnel le projet de promotion de la santé: intervention brève auprès des collaborateurs consommateurs excessifs.

En conclusion, on retiendra le caractère original de la démarche du GRAAL, visant à prendre en charge la personne malade alcoolique au sein de l'institution par le biais d'une politique claire et opérationnelle. Sa force est dans son approche pluraliste et une meilleure intégration des divers partenaires concernés par la réalité de la maladie alcoolique. On ne peut sous-estimer l'importance de la hiérarchie et des ressources humaines dans cette démarche et la place particulière tenue par les infirmières de santé publique, ainsi que le soutien indispensable assuré par la Direction. L'expérience et la démonstration de cette démarche au cours du temps, même si elle reste perfectible, en font une référence et un modèle intéressant certainement applicable à d'autres entreprises.

Problèmes d'alcool au travail : le point de vue d'un médecin d'entreprise

Jean-Marc
Bellagamba,
médecin du
travail à CIMO,
Compagnie
industrielle de
Monthey SA

Quel est le rôle du médecin d'entreprise dans la prévention des dépendances ? A quels problèmes spécifiques est-il confronté ? La réflexion de Jean-Marc Bellagamba démontre le bien-fondé d'une intervention précoce, qui engage chaque employeur à exercer ses droits et devoirs en la matière. (Réd.)

La pratique de médecin traitant, puis celle de médecin du travail sont deux expériences professionnelles riches et intéressantes qui ouvrent deux approches différenciées des dépendances et des toxicomanies. L'importance du rôle éducatif et préventif n'est pas comparable sous ces deux fonctions. A mon avis, l'intervention du médecin traitant se situe essentiellement au niveau tertiaire et en partie au niveau secondaire de la prévention, alors que le rôle du médecin du travail se veut résolument placé au niveau de la prévention primaire et en partie moindre au niveau de la prévention secondaire. Ce niveau différencié d'intervention peut s'expliquer en partie pour différentes raisons : d'une part, la souscription spontanée, volontaire et motivée dans le temps à un plan de prévention fait de limites, de contraintes, voire d'interdits n'est pas évidente à intégrer dans des règles de vie ; d'autre part, le médecin traitant rend des

Deux fonctions, deux approches ?

décisions d'inaptitude au travail alors que le médecin du travail doit évaluer l'aptitude à réaliser certaines tâches de travail ; par ailleurs, il tombe sous l'évidence qu'il est plus facile d'aborder un problème d'abus de substances ou de dépendance dans un service de médecine du travail que dans un cabinet privé, le seul éclairage du travail le justifiant. Comme cela vient d'être dit, si l'approche initiale est plus aisée ou confortable, il n'en est pas de même pour provoquer le passage au stade cognitif et vers une démarche thérapeutique ; le plus souvent, ce n'est qu'après une sanction administrative pour faute professionnelle grave et afin d'éviter de perdre son emploi qu'un collaborateur décide d'entreprendre une démarche thérapeutique.

Historique du site chimique de Monthey et toxicodépendances

Le site chimique de Monthey est plus que centenaire : son identité a changé à plusieurs reprises, celle qui reste encore aujourd'hui la plus

ancrée dans les esprits est « La Ciba ». C'est sous cette direction qu'en 1976 a été développé et mis en place un programme de prévention des dépendances en milieu professionnel, programme pour l'époque novateur et ambitieux. Depuis, la donne a changé dans le monde économique et industriel : comme partout, la grande « Ciba » a été l'objet de fusions, de restructurations ; cet enchaînement de modifications d'organisations et du paysage industriel de Monthey s'est accompagné de son lot de questions, d'incertitudes et de priorités à gérer. Dans ce climat particulier, les ressources sont davantage consacrées aux activités purement opérationnelles visant la vie ou la survie des entreprises, plutôt qu'au problème des dépendances où la prévention primaire fait place à la gestion des situations de crises. C'est pourtant bien dans ces périodes plus difficiles que l'investissement de temps et de moyens ainsi que l'engagement des entreprises devraient être les plus marqués, car ces moments sont souvent emprunts de souffrances morales et accompagnés de leur cortège de maladies et de déviations comportementales. Qu'elles le revendiquent ou le réfutent, les entreprises ont un rôle et un devoir social à jouer envers l'individu



et, au-delà, envers le pays: elles représentent un lieu et un espace temps privilégié d'échanges, d'accompagnement, de formation et de sensibilisation; c'est un endroit idéal pour implanter des programmes de dépistages de maladies ainsi que des campagnes d'information. Les directions du site chimique de Monthey ont cette conscience: le programme de prévention développé en 1976 va prochainement reprendre sa juste place.

Au sujet de certains facteurs de risque

La mondialisation très présente entraîne un accroissement des attentes en matière de performance et de productivité: l'optimisation des procédés de fabrication, les changements d'organisation ne suffisent pas à garantir un bon niveau de compétitivité des entreprises; ce qui est malheureusement parfois oublié, c'est que le résultat passe obligatoirement par les travailleurs, leur investissement personnel, leur degré de motivation et de compétences, mais aussi leur santé et leur «présentisme»; cet engagement quotidien devient lui-même un important facteur de

stress contre lequel le travailleur va devoir développer des stratégies de lutte. Au regard des chiffres avancés en terme de dépendances, quelle entreprise ayant des vues et une stratégie dépassant le court terme a les moyens d'ignorer ce fléau social?

Quelles difficultés en médecine du travail?

Pour prendre un exemple de situation possible à Monthey, sur quel critère un médecin va-t-il décider qu'un travailleur, opérateur en chimie, est apte ou inapte à piloter une installation, dont on sait qu'elle présente des dangers particuliers? En cas de suspicion d'imprégnation alcoolique, faudra-t-il prendre position en fonction de la réactivité pupillaire, de la qualité de l'haleine, des résultats obtenus à une épreuve d'équilibre, du niveau de réussite à un test praxique (exécution volontaire de mouvements plus ou moins complexes), mental... sachant qu'aucun de ces examens n'a de valeur précise quant au niveau d'imprégnation alcoolique. Faut-il alors décider d'une inaptitude dans le doute, avec en conséquence potentielle des sanctions administratives secondaires qu'encourt le travail-

leur? Ou vaut-il mieux décider d'une aptitude, au risque de compromettre le niveau de sécurité du travailleur lui-même, de ses collègues, des installations? Faut-il prendre en considération le niveau d'entraînement à la consommation de boissons alcoolisées dans l'interprétation subjective qu'il faut rendre en toute responsabilité? Faut-il se donner des moyens objectifs d'évaluation?

Droits et moyens d'intervention des entreprises

Les employeurs ont donc envers leurs employés des devoirs en matière sociale, mais ils ne peuvent les remplir en l'absence de moyens et de droits. Dans le domaine des abus de substances, les lois changent d'un pays à un autre; le cadre légal peut parfois paraître flou ou imprécis. Certaines entreprises réalisent des tests de dépistage (mesure du taux d'alcool par analyse de l'haleine ou recherche de drogues illégales dans les urines). Ces procédures sont extrêmement controversées, y compris entre les spécialistes eux-mêmes, qu'il s'agisse de juristes, de médecins, de responsables de ressources humaines, d'employeurs. Il

n'est pas question d'ouvrir le débat dans cet article, mais de susciter une réflexion qui peut se décliner au niveau du dépistage systématique, ciblé ou aléatoire. Dans les obligations faites aux travailleurs, l'article 11 de l'Ordonnance sur la prévention des accidents stipule : « Le travailleur ne doit pas se mettre dans un état tel qu'il expose sa personne ou celle d'autres travailleurs à un danger. Cela vaut en particulier pour la consommation d'alcool ou d'autres produits enivrants ». Dans l'article 2 de la même Ordonnance, « L'employeur est tenu de prendre pour assurer la sécurité au travail, toutes les dispositions et mesures de protection qui répondent aux prescriptions de la présente ordonnance... » ; le fait d'être sous l'emprise d'alcool ou de drogues peut être un motif d'inaptitude temporaire, mais la toxicodépendance doit être reconnue comme une maladie curable. Pour un employeur, entre passivité coupable et complice, et chasse ouverte aux abus de substances, il est tout à fait possible de s'engager dans une position intermédiaire, responsable et respectueuse : pour y parvenir, il est indispensable de s'en donner les moyens, par la publication d'une politique et d'un règlement d'entreprise univoques, en s'assurant la collaboration de spécialistes et en s'entourant d'un réseau social suffisant capable d'assistance ou d'accompagnement. Une attitude répressive ne peut être acceptée qu'en dernier recours après échec des autres démarches.

Rôles et devoirs des cadres en milieu du travail

La pression du temps, le besoin de consommer, juste retour de l'investissement sur travail, l'énergie dépensée à résoudre nos propres préoccupations, nous éloignent les uns des autres. Cet individualisme croissant, s'il n'est pas nécessairement source de conduites dépendantes, est par contre certainement un frein à l'identification des problèmes ainsi qu'à la volonté d'une prise en charge

précoce. Notre devoir moral d'accompagner ou d'aider nos proches et nos amis est également le devoir de tout cadre ayant une responsabilité de conduite de personnel : il ne s'agit certainement pas de vouloir s'immiscer dans la vie privée de ses collaborateurs ou de se substituer à l'assistante sociale ou au médecin, mais simplement d'exécuter chacun à son niveau de responsabilité la mission et les devoirs de l'entreprise. Cette partie du cahier des charges d'un cadre demande du courage, de l'énergie, de la compassion ou de l'empathie, parfois de la fermeté, mais c'est bien sous la conduite de tels cadres que le nombre d'interventions est le plus réduit : l'esprit de solidarité et les résultats y sont souvent de haut niveau.

Au su du partage du travail

Prendre et assurer son rôle dans le domaine de la prévention, de la protection et de la promotion de la santé, présenter ainsi une image d'entreprise socialement responsable ne peut être que propice au développement d'un climat social favorable et au sentiment de sécurité et de bien-être. Présenter une politique d'entreprise transparente et sans paradoxe, c'est renforcer sa crédibilité : comment peut-on honnêtement fixer des objectifs de sécurité à zéro accident sans se préoccuper des abus de substances alors que les statistiques font état d'un accident du travail sur cinq lié à la consommation d'alcool, sans parler des accidents liés à la consommation d'autres psychotropes ? Est-il acceptable de demander à ses collaborateurs de redoubler d'efforts pour compenser la défection d'autres travailleurs dont l'absence découle d'une consommation déviante de substances, voire d'une dépendance, sans même leur(se) donner les moyens de se(les) soigner ?

Rappel de la nécessité d'une intervention précoce

Qu'il s'agisse d'un problème de dépendance, de conduite de person-

nel, de sécurité ou d'hygiène au travail, seule une identification et une intervention précoce restent les principales sources de réussite d'une résolution efficace. A contrario, le vieillissement sauvage de situations comportementales déviantes finit par être interprété par leurs acteurs comme une caution implicite et donc un droit et va tendre vers l'émergence de maladies psychiques, physiques et sociales, entraînant secondairement des absences répétées de plus ou moins longues durées et à terme les risques de rupture avec le monde professionnel, celui d'éclatement de la cellule familiale et au-delà celui de désinsertion sociale complète.

Les résultats

Malgré l'absence de statistiques fiables et le manque de recul par rapport à mon expérience professionnelle, les résultats de démarches thérapeutiques dans le domaine des dépendances me paraissent sensiblement meilleurs quand leurs initiations sont réalisées à partir du milieu du travail. Il existe probablement des chiffres à ce sujet ; si tel n'était pas le cas, il semblerait très intéressant d'en faire l'étude.

Conclusion

Pour ceux qui l'ont vécu, d'Homme à Homme, il est très difficile de dépasser le non-dit, le tabou du problème des dépendances. Cette situation paraît identique au niveau des entreprises qui ne peuvent que difficilement reconnaître que 10% de leurs employés sont des toxicomaniaques, de peur de voir se dégrader leur image en terme de crédibilité ou de fiabilité, ou au risque de se présenter comme employeur irresponsable ou tellement exigeant qu'il est l'origine des conduites déviantes de ses propres employés. Stoppons le langage du silence et devenons enfin tous responsables et pourquoi pas, des acteurs de santé. Qu'avons-nous à perdre...ou à gagner ?

Willy Chuard
responsable du
secteur des
ateliers de la
Fondation les
Oliviers

A l'heure où les hommes sont supplantés par les machines, les ateliers de réinsertion professionnelle doivent inventer de nouvelles stratégies pour rester concurrentiels. Pourtant, leur utilité ne se mesure pas seulement à l'aune du chiffre d'affaires, mais aussi et surtout en coûts sociaux économisés. Quel prix donner à l'estime de soi retrouvée? A l'intégration dans un tissu social? La collaboration doit se faire plus étroite avec les entreprises, qui ont elles aussi à gagner en prenant le relais du travail accompli dans ces ateliers. (Réd.)



La réinsertion professionnelle : une nécessité pour tous

En quoi la réinsertion professionnelle pour une personne dépendante est-elle différente d'une autre? A ce stade de mes connaissances j'ai de la difficulté à répondre à cette question. Par le simple fait que toutes les personnes ayant une problématique liée à une dépendance ne sont pas coupées du milieu professionnel. Beaucoup travaillent, gagnent leur vie et même très bien.

La dépendance n'entraîne pas radicalement un processus de désinsertion, mais plutôt diverses inadéquations comportementales «des dysfonctionnements»: en rapport avec l'activité professionnelle, les obligations civiles (telles que payer ses factures) et l'environnement médical et social.

Je me propose de vous exposer mes appréciations et réflexions empiriques

au sujet de la réinsertion professionnelle, celles-ci n'ont comme intention que de vous transmettre ma pensée et non la vérité.

La réinsertion professionnelle est pour moi une équation algébrique complexe, composée de la capacité de travail de l'individu, du rendement des activités, des besoins de l'économie, des investisseurs, du lieu géographique, des tendances politiques et, non des moindres, de l'émotionnel... Cet ensemble d'éléments permet au travailleur de prétendre à une capacité de gain, si pour autant la capacité de travail amène une valeur ajoutée, un profit et par conséquent une rémunération.

L'évolution du travail

Lorsque nous demandons à une personne de ramasser des fleurs toute une journée, 5 jours sur 7, sa capacité de travail est bien de 100%. Mais quel gain peut produire ce travail? Quelles sont les possibilités de réinsertion

professionnelle pour cette personne? Pourra-t-elle gagner sa vie, comme on dit chez nous? Je vous laisse y réfléchir.

La réinsertion professionnelle ne peut s'entrevoir sans un lien direct avec le marché économique de la région. Du travail pour tout le monde, certes il y en a, mais pour quel profit? Le travail permet-il une valeur ajoutée entraînant une capacité un gain?

Si nous reprenons notre exemple de la cueillette de fleurs. Quelle valeur peut rapporter ce travail? Il demeure un profit pour les personnes qui sèment, qui exploitent leur terre, mais la cueillette? Combien de panneaux aujourd'hui vous signalent au bord des routes: Fleurs, ne payez que ce que vous avez coupé?

Combien de travaux saisonniers ont été supprimés depuis la mécanisation...

De plus, est-ce que la cueillette, ce travail qui a existé depuis des généra-



tions, permet-elle de vivre à l'heure actuelle?

Auparavant les changements apparaissaient d'une dizaine d'années sur l'autre. Aujourd'hui, c'est d'année en année que le travail évolue. Et pas seulement dans les coutumes ou les prestations de service.

Il y a quelques années lorsque l'on effectuait un mailing, une quinzaine de personnes travaillaient sur une semaine pour adresser 40000 envois. Aujourd'hui en quatre heures de temps une machine réalise le travail. En tant qu'entrepreneur, vous n'avez plus qu'un leasing à payer, plus de cotisations, pas de problèmes d'absences ou de retard. La machine demande une petite vérification par semestre, et le tour est joué.

Que pouvons-nous réaliser au sein de nos ateliers?

Tout d'abord, nous commençons notre travail en réduisant notre équation à deux inconnues: l'individu et sa capacité de travail.

Cette phase est celle de la réadaptation de la personne. Nous mettons l'accent sur la valorisation des compétences personnelles, l'augmentation de la capacité de travail et le respect des règles établies. Notre

objectif est de permettre à l'individu de reprendre confiance en lui, de retrouver une autonomie tout en tenant compte des exigences comportementales établies dans nos ateliers.

En parallèle, nous restons en relation avec l'économie par l'intermédiaire du chiffre d'affaires. Je parle bien d'un chiffre d'affaires puisqu'il est en soi une équation entre la valeur ajoutée et son rendement économique.

Cette contrainte nous oblige constamment à rechercher, développer des capacités de travail ayant une valeur économique, par conséquent, des capacités de gain.

Lorsqu'un de nos ateliers reçoit une demande d'offre pour un publipostage de 40000 exemplaires, avec différentes langues, pour différents pays, le moniteur de l'atelier doit réaliser une offre qualitative, concurrentielle, tout en sachant qu'il doit également proposer un délai proche du marché actuel (sans tenir compte bien entendu de l'exemple précédemment cité concernant la « machine à mailings »). La relation à l'économie est très nette et dans nos ateliers nous y sommes confrontés tous les jours.

Dès que le client a accepté l'offre, voire même lors de la conception de l'offre, le moniteur doit alors, en interne, trouver et transmettre les compétences pour réaliser ce travail. Le penser, voir qu'elles sont les barrières de sécurité qu'il devra placer pour ne pas mélanger les différentes brochures, classer les divers pays selon les zones recommandées par la poste. Assurer la responsabilité et la confiance de son équipe et, jour après jour, progresser avec les travailleurs pour augmenter les compétences, visant une valeur économique sur le marché du travail actuel. La mise sous pli n'est pas réellement un métier. Mais tout ce qui entraîne cette capacité de travail peut engager un métier par la suite. Vérification des données, mesures de temps comparés, résistance, responsabilité, précision du travail....

Dès lors et en fonction des évaluations en rapport avec les exigences économiques, nous pouvons parler de réinsertion professionnelle. En d'autres termes, nous pouvons envisager la reprise d'un emploi qui entraînera un salaire au travailleur, et un retour dans la vie active.

A ce stade, il est important à mes yeux de vous indiquer qu'il existe deux types de réinsertions professionnelles:

Tout d'abord la capacité de gain partielle, soit une capacité de travail réduite en durée, en rythme, ou/et en compétences. Ces situations entraînent généralement des rentes d'incapacités de gain (rente AI), mais elles permettent aux personnes de mieux vivre leur handicap, de rompre avec l'isolement, d'avoir un travail. La capacité de gain partielle peut être mise en valeur chez un employeur et/ou dans un atelier dit « protégé ».

Malheureusement, à l'heure actuelle, nous sommes de plus en plus à connaître ou avoir connu, nous-mêmes ou nos proches, le chômage, sur de plus ou moins longues durées. Combien de chômeurs ont eu des difficultés à retrouver un rythme, se

CARREFOUR PREVENTION®

J'  les non-fumeurs



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENEVE 4
carprev@iprolink.ch
www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

ADiGe : Permanence tous les mercredis de 17 à 19h.

Témoignages

Dans ces témoignages, c'est la conscience d'une inadéquation avec les charges professionnelles, motivée ou non par l'employeur, qui a servi de déclic à une volonté de changement. Celle-ci doit être ensuite pleinement intégrée par la personne concernée, sous peine d'échec du traitement. La collaboration entre l'institution thérapeutique et l'employeur s'avère également un soutien essentiel au processus de rétablissement, par la confiance accordée en garantissant un « après », qui se construit aussi avec les collègues.. Parole à Jean*, André* et Christian. (Réd.)

*Prénoms d'emprunt

Jean*

Je m'appelle Jean. Je suis âgé de 48 ans, je suis célibataire et j'habite dans le Nord-Vaudois. Suite à mes problèmes d'alcoolisme, (que je réfutais depuis longtemps), j'ai été amené à recevoir plusieurs avertissements de la part de mes supérieurs.

En juillet 2002, j'ai été contrôlé positif à ma reprise de travail, ce qui m'a valu, en tant que fonctionnaire de police, à une mise à pied immédiate de plusieurs mois, en attendant une décision définitive. J'ai été convoqué par la responsable des ressources humaines à qui j'ai fait part de mon intention d'effectuer une cure de désintoxication, qui m'a été dispensée durant tout le mois d'août 2002, à la Fondation des Olivier, au Mont-sur-Lausanne. Je précise qu'à ce moment, je pensais que j'allais être licencié. Durant mon séjour à l'institut, la cheffe du personnel est venue me rendre visite à deux reprises, mettant en évidence qu'il n'était pas

question que je retrouve mon ancien poste de travail. Toutefois elle précisa qu'elle mettait tout en œuvre, suite à une proposition de « contrat tripartite » entre la Fondation, l'employeur et moi-même, pour que je puisse continuer à travailler dans un secteur qui, selon elle, me conviendrait parfaitement, d'après les qualités qu'elle voulait bien m'accorder. Au mois d'octobre 2002, j'ai commencé dans ma nouvelle fonction et, aujourd'hui, grâce à mon abstinence, je me sens parfaitement bien dans ma peau et dans ma tête. Je ne peux que dire toute la gratitude que j'ai envers le personnel de la Fondation des Oliviers et, surtout, à notre responsable des ressources humaines, qui m'a bien fait comprendre que de MOI l'entreprise voulait, mais de mon ALCOOLISME NON. De plus, je sais que depuis mon cas (j'étais le premier au sein de la commune), elle entreprend les mêmes démarches auprès du personnel de différents secteurs, afin de tendre la main à certaines personnes

qui sont ou risquent de se trouver dans la même situation que j'ai vécue, personnes que je ne peux qu'encourager à faire ce pas, qui peut sembler difficile, mais ô combien bénéfique, à tout point de vue.

André*

Il est dangereux de provoquer un choc émotionnel pour que la personne alcoolique ait le « déclic » qui va la faire « décrocher ». Par exemple, sanctionner sur le plan disciplinaire la personne pour la faire réagir. La décision d'arrêter est le fruit d'un cheminement personnel, dont seule la personne dépendante doit avoir l'initiative.

Les arrêts de travail prolongés ou qui se répétaient, pour cause de maladie non professionnelle, me mettaient mal à l'aise, je me culpabilisais, je savais que cela pouvait avoir des conséquences sur le fonctionnement de mon poste. C'est avec cet état d'esprit que je suis allé voir mon patron.

J'explique: travaillant avec des enfants et des préados, j'ai réalisé qu'en étant alcoolisé, mon employeur aurait eu du mal à me garder malgré toutes les qualités que j'avais pour ce travail.

Il était en effet impossible de continuer à enseigner les bonnes choses de la vie et être alcoolique actif. Si je n'avais pas eu cette décision de commencer un cheminement de rétablissement, avec toute la volonté du monde, un jour ou l'autre cela se serait cassé.

Quelle que soit la frustration ressentie par l'entourage, mes collègues n'ont jamais revendiqué de me «sauver». Je pense que mon sevrage aurait été voué à l'échec. Par contre, ils m'ont accompagné. Je veux dire par là qu'ils m'ont aidé à sortir du silence, c'est-à-dire m'écouter. Ce qui m'a aidé au début, c'est le respect du secret, il n'y a pas eu de questionnement sur ma maladie d'alcoolisme. J'ai été motivé par les moyens mis en place et surtout par la collaboration entre mes employeurs et les Oliviers. On a travaillé en parallèle. De cette manière, j'ai pu garder ma place et même gagner de l'espace.

Une nouvelle confiance s'était installée. Mon employeur n'a pas eu du mal à me garder avec toutes mes qualités tout en sachant je suis encore un

alcoolique mais cette fois, passif. C'est un cheminement personnel qui a commencé il y a cinq ans et qui continue aujourd'hui encore!

Christian

Quand je me suis rendu compte que ma consommation d'alcool en privé et au travail ne faisait plus qu'un il était presque déjà trop tard. En effet, mes employeurs ainsi que mes collègues se sont bien vite rendu compte que mon comportement au travail les derniers temps n'était plus le même qu'auparavant: absences, oublis, mauvaise gestion du temps, mal à diriger une équipe, humeurs changeantes, etc...) sont vite devenus un lot quotidien.

L'entreprise m'a donc «invité» à entreprendre quelque chose pour que cela cesse et je ne me suis pas fait trop d'illusions en cas de refus de ma part concernant ma place de travail.

Je me suis donc inscrit au stage P33, 1^{ère} inscription que je n'ai pas honorée par ma présence car je ne me sentais pas du tout prêt à ce moment-là.

En effet, il faut savoir que même par des pressions extérieures (travail, amis, famille etc...) la personne qui entreprend ce changement radical (même s'il y va de sa vie) doit être complètement convaincue de l'importance de cette démarche et de sa volonté de réussir.

C'est pour cela qu'après un mois de réflexion, je me suis réinscrit. Cette réflexion a été longue et en fait assez simple.

Une fois décidé, je me suis dit:

- Ne le fais pas pour les autres, fais-le pour toi!
- Les personnes qui t'accompagneront connaissent le sujet, ne mens pas, ne te mens pas, écoute-les, n'oublie pas ton avant mais essaie de penser à après, sois dur mais reste juste avec toi, tâche de comprendre le pourquoi et le comment de cette maladie qui ruine ta vie.

J'avais évidemment peur comme tout le monde de rechuter après le stage mais par malchance ou chance, je suis tombé malade la troisième semaine. Verdict: mon foie me lâchait. C'était guérissable mais toute consommation me serait fatale. J'ai quand même réussi à finir le stage et me suis fait soigner et continue à le faire. Avec une résolution à vie: plus d'alcool sinon la mort.

La reprise du travail a rimé avec appréhension: serai-je capable? Que vont dire les gens? Quel va être mon comportement vis-à-vis d'eux? Et leur vis-à-vis de moi?

Je n'ai évidemment pas de solution miracle, mais voici comment j'ai fait. D'abord, les sentiments de culpabilité doivent être exclus. J'ai changé mais les autres ne savent peut-être pas à quel point.

Je n'ai pas caché ce que j'avais entrepris pour m'en sortir. Je n'ai pas donné trop de détails, à part aux personnes proches et concernées. J'ai salué les gens en confiance (les autres ne savent pas en général comment se comporter avec vous). Je n'ai pas fait comme si rien ne s'était passé, mais essayé de rester sur mes acquis professionnels d'avant. De toute façon, si changement il y a, rien que le fait de me voir sobre et en forme les rassure.

Conclusion: il faut savoir que la dépendance est une maladie à vie, la vaincre est une expérience formidable.





Perfectionnement professionnel ARIA

Travailler avec les émotions après le sevrage: concepts et pratiques.

Approche par l'analyse transactionnelle et la théorie de l'attachement
Frédéric Neu

3 jours – 24 novembre 2003, 19 janvier et 2 février 2004

Délai d'inscription 3 novembre 2003

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses

Jacqueline Reverdin – Emmanuel Ducret et/ou Béatrice Gomez Rogers – Thierry Musset

2 jours – 3 et 4 décembre 2003 (complet)

28 et 29 avril 2004 (seconde édition)

Délai d'inscription pour la seconde édition mercredi 7 avril 2004

Pratiques du message de prévention dans la réduction des risques

Viviane Prats – Nathalie Christinet – Martine Baudin – Tony Rotondo

1 jour – 8 décembre 2003

Délai d'inscription 13 novembre 2003

De sa représentation «récréative» à son impact dévastateur, la cocaïne dans nos pratiques psychosociales

Olivier Guéniat – Jean-Jacques Deglon – Danielle Romanens – Anne François

1 jour – 27 janvier 2004

Délai d'inscription jeudi 8 janvier 2004

Alcool: aborder la consommation à risque dans mon cadre professionnel

Beat Stoll – Alain Bolle

1 jour – 11 mars 2004

Délai d'inscription jeudi 11 mars 2004

Modules de formation fordd

Autour de la consommation, la prévention et la promotion de la santé: les maux et leurs mots. Histoire et définition des concepts (module 13)

18, 19 et 20 novembre 2003

Philippe Grangé – Pierre-Yves Aubert – Dwight Rodrick – Michel Graf – Viviane Prats

Travailler avec les émotions après le sevrage: concepts et pratiques

(module 21)

24 novembre 2003, 19 janvier et

2 février 2004

Frédéric Neu

Analyse de pratique

interprofessionnelle (module 26)

27 novembre 2003, 29 janvier, 18 mars et 29 avril 2004

Jean Zufferey

Approche centrée sur la personne dépendante (module 8)

10 décembre 2003, 21 janvier et

4 février 2004

Jean-Marc Randin – Renaud Stachel

Les produits psychotropes et la réduction des dommages sanitaires (module 1)

14, 15 et 16 janvier 2004

M. Croquette-Krokar – N. Feldman –

R. Khan – T. Musset – M. Monnat

Approche cognitivo-comportementale – niveau 1 (module 7)

15 et 22 mars, 26 avril et 3 mai 2004

Françoise Bourrit, psychologue –

Marina Corquette-Krokar –

Christine Davidson – Catherine Jaquet –

Rita Manghi – Arlette Perrin

Drogues légales: alcool, tabac, médicaments (module 17)

24, 25 et 26 mars 2004

B. Broers – Pr. V. Barras – J.-B. Daeppen

– J.-F. Etter – N. Feldamn – P. Gache –

J.-P. Humair – P. Grangé – M. Van der

Linden – C. Lüscher – R. Manghi – J.-D.

Michel – R.-M. Notz – J.-C. Rielle – E.

Sekera – B. Stoll – C. Wahl

Formations Fil Rouge

Approches et pratiques actuelles dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé

22 et 23 janvier 2004

B. Meili – M. Bloch – D. Bonvin –

T. Dietrich – M. Kauffman – M. Geiser –

D. Rodrick

Différentes lectures de la problématique des substances psychoactives

16 et 17 mars 2004

Jean-Dominique Michel – Viviane Prats –

Renaud Stachel – Jean-Alain Dubois –

Christophe Mani

Programmes complets et informations:

ARIA – Fordd – Fil Rouge

Case postale 638, 1401 Yverdon,

tél. 024 426 34 34, fax 024 426 34 35

e-mail: great.aria@span.ch

La revue «**dépendances**»

s'adresse

à toute personne intéressée par

le champ des toxicomanies

légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an

et traite de ces questions sous les

angles social,

politique, de prise en

charge, de prévention et

de réduction des risques.

Abonnement:

Frs 45.– par an



Parmi les thèmes publiés

Le devenir des patients alcooliques (no 2).

Balade au pays du tabac (no 4). Politique

des dépendances:

réflexions, propositions (no 5).

La prévention, d'une définition

à un choix de société (no 6).

Groupes d'entraide (no 7).

Les institutions résidentielles

en crise (no 9).

Pour une prise en compte des

rapports hommes-femmes (no 11).

Former des spécialistes en

addiction (no 12).

A consommer sans modération!

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand d'études
sur l'alcoolisme et les toxicomanies

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

