

Conduites addictives et travail

Journées de l'Institut national de médecine agricole

Lille, 6 et 7 octobre 2005

Ces journées, organisées par l'Institut national de médecine agricole (INMA), ont permis de réunir un grand nombre d'acteurs de la santé au travail autour du thème des addictions et de leur prévention. Les conclusions de ce colloque ont souligné l'intégration de la question « Conduites addictives et travail » dans divers textes et plans adoptés récemment par le gouvernement :

- le Plan santé travail (PST) et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique évoquent la question des addictions à travers le Plan cancer et la prévention des conduites à risques;
- le Plan quinquennal de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) fait explicitement référence à la question des addictions en milieu de travail et à leur prévention.

Troubles addictifs : aspects conceptuels et opérationnels

T. Danel, Groupement régional d'alcoologie et d'addictologie du Nord Pas-de-Calais

T. Danel a rappelé un certain nombre de concepts de base. Les dispositifs de prévention et de soins en matière de consommation de substances psychoactives ont longtemps été distincts et constitués en fonction des substances. Cette séparation tenait à des raisons historiques et surtout aux représentations des produits dans la population générale et chez les professionnels. Pourtant, elle devenait artificielle voire contraignante eu égard aux progrès des connaissances cliniques, épidémiologiques, neurobiologiques et psychopathologiques. C'est ainsi que les concepts d'addiction et d'addictologie se sont imposés peu à peu. Néanmoins, dans une optique de politique de santé, le risque était réel de voir l'addictologie ne se préoccuper que de dépendance, parce qu'à première vue c'était le syndrome de dépendance qui était le dénominateur commun des problèmes rencontrés avec l'utilisation des substances psychoactives. Le dispositif spécialisé qui s'était structuré par produit avait élargi son champ de compétence au-delà de la dépendance à l'usage et l'abus (*encadré 1*). L'objet de l'addictologie est donc plus large que celui de l'addiction quand elle est synonyme de dépendance car elle englobe l'étude de l'ensemble des conduites et des pratiques addictives. La notion de pratiques addictives correspond à l'ensemble des comportements de consommation de substances et permet d'intégrer les

déterminants sociaux des comportements de consommation et notamment l'usage. Ceci conduit à envisager que la difficile émergence de l'addictologie se fera aux confins d'approches émanant de la santé publique, de la santé mentale et de la législation.

É. DURAND

Département Études et assistance médicales, INRS

Usages et dépendance

Définitions

La communauté scientifique internationale individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

L'usage comprend la consommation "socialement réglée" et les usages à risque avec une consommation apparemment socialement réglée mais susceptible d'entraîner des dommages.

L'usage nocif (ou l'abus) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

La dépendance est une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. Il est d'usage de distinguer la dépendance psychique et la dépendance physique.

ENCADRÉ 1



Conduites addictives au travail : la responsabilité des entreprises et de l'individu

P.Y. Verkindt, Université Lille 2

P.Y. Verkindt a présenté les différentes phases de l'évolution du droit du travail au cours du temps. Cette évolution s'est faite, selon lui, en trois phases chronologiques développées ci-dessous :

- tout d'abord l'évolution du Code pénal,
- puis la première évolution de la jurisprudence (le droit d'agir),
- suivi de la deuxième évolution de la jurisprudence (l'obligation de sécurité de résultat).

Dans le cadre du travail, trois types de responsabilités sont reconnues :

- la responsabilité pénale de l'employeur avec sanction du juge pénal,
- la responsabilité civile de l'employeur qui peut être engagée s'il commet une faute mais aussi du fait de son salarié (article 1384 du Code civil) avec sanction du juge civil,
- la responsabilité disciplinaire du salarié avec sanction prononcée par l'employeur.

En droit du travail, il est important de distinguer la vie personnelle de la vie professionnelle. Le pouvoir disciplinaire ne doit prendre en compte que la vie professionnelle. Pour les conduites addictives, la frontière entre vie personnelle et vie professionnelle n'est pas toujours nette. Une conduite « extérieure à l'entreprise » peut avoir des conséquences à l'intérieur de l'entreprise (Chambre sociale de la Cour de cassation, 2 déc. 2003).

LE CODE PÉNAL

En 1996 et 2000, des textes de loi modifiant le Code pénal ont permis de poursuivre pénalement l'employeur qui n'aurait pas pris les mesures pour protéger la santé et la sécurité de ces salariés dans le respect des dispositions du Code du travail. Le Code pénal dispose que : constitue un délit la mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il établit une distinction entre auteur direct et indirect du dommage en cas de faute d'imprudence, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement.

LE DROIT D'AGIR

Ce droit concerne notamment l'alcool. L'employeur peut demander sous certaines conditions un dépistage de l'alcoolémie. La responsabilité disciplinaire du salarié peut être mise en cause en cas de comportement de nature à nuire à l'entreprise.

Dans les arrêts Corona (CE, 1/2/1980) et RNUR (CE, 1/7/1988) le Conseil d'État a admis l'usage de l'alcootest pour écarter un salarié en danger à son poste du fait de son imprégnation alcoolique. La Cour de cassation a admis l'utilisation de l'alcootest comme fondement à une sanction disciplinaire dès lors que le recours à ce mode de dépistage est inscrit dans le règlement intérieur et réservé à certains postes dont les postes à risques, avec une garantie de pouvoir établir la preuve contraire (Chambre sociale, 22/5/2002).

L'OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTAT

L'évolution de la jurisprudence fait que l'employeur n'a plus le droit de ne pas agir. Il a une obligation de sécurité de résultat. L'employeur a l'obligation de protéger la santé et la sécurité des salariés. La dernière décision de la Cour de cassation du 29 juin 2005 (Chambre sociale, pourvoi n° 03-44412) relative au tabagisme passif a réaffirmé ce principe. « *L'employeur ne peut pas faire comme si la pratique addictive n'existait pas.* »

L'important est de raisonner sur le mode collectif et non sur des cas individuels. Il est important de privilégier des actions collectives avec une appropriation par les services de santé au travail et les CHSCT.

Mise au point en addictologie : terminologie, nouveaux usages

A. Trichard, Centre hospitalier régional universitaire de Lille

A. Trichard a abordé la terminologie utilisée en addictologie (encadré 1) ainsi que les dernières enquêtes effectuées en France pour étudier les consommations.

L'enquête ESCAPAD 2003 sur la santé et les consommations, lors de l'appel de préparation à la Défense, a été l'occasion de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans. Quand les jeunes sont interrogés à propos de leur consommation sur les 30 derniers jours, c'est l'alcool qui apparaît le plus consommé (huit jeunes sur dix) devant le tabac (environ la moitié des jeunes se déclarent fumeurs, les filles autant que les garçons). L'usage récent de cannabis concerne pour sa part un tiers des adolescents de 17-18 ans et celui des médicaments psychotropes un peu plus d'un jeune sur dix. Les niveaux d'usage de toutes les drogues illicites autres que le cannabis s'avèrent très bas.

Du point de vue des usages réguliers, apparaît la confirmation de la baisse de l'usage quotidien de tabac, en particulier parmi les garçons pour qui elle s'avère très

significative. L'usage régulier d'alcool est en hausse (sans que la proportion de jeunes déclarant des ivresses régulières n'ait évolué). L'usage régulier de cannabis, après avoir progressé entre 2000 et 2002*, retrouve en 2003 son niveau de 2000 pour les garçons et s'avère stable entre 2002 et 2003 pour les filles. Il apparaît désormais aussi fréquent que celui d'alcool parmi les filles. En revanche, parmi les garçons, l'usage régulier d'alcool est à présent supérieur à celui du cannabis.

L'interrogation des contextes d'usages de cannabis montre que c'est majoritairement le week-end qu'ont lieu les consommations (et qu'elles sont les plus intenses). Par ailleurs, il existe un fort lien entre fréquence et intensité de l'usage. À 17-18 ans, environ 45 % des personnes se déclarant « usagers réguliers » et 60 % des personnes se déclarant « usagers quotidiens », disent avoir fumé au moins trois joints lors de leur dernière consommation.

Sur l'ensemble de la période 2000-2003, peut être notée une nette baisse de l'usage de tabac, une augmentation des consommations d'alcool et de médicaments psychotropes, ainsi qu'une hausse des usages de cannabis. Les expérimentations des autres principales drogues illicites apparaissent en très légère hausse (ecstasy, amphétamines et cocaïne).

Le rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) - *Indicateurs et tendances 2002* - fait le point sur la consommation de substances psychoactives chez les 18-75 ans, à travers les résultats d'une enquête déclarative sur un échantillon représentatif de la population adulte française. Chez les 18-75 ans, les substances psychoactives les plus fréquemment expérimentées sont l'alcool et le tabac. La drogue illicite la plus consommée est de loin le cannabis avec 21,6 % d'expérimentateurs.

Ivresse et enthousiasme chez Montaigne

R. Daval, Université de Reims

Cette présentation constituait l'apport du philosophe à la réflexion relative aux conduites addictives. Elle est restituée dans son intégralité dans l'*annexe I*.

Consommation de psychotropes en milieu agricole

M. Jeantet, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

La France se caractérise depuis longtemps par une forte consommation de psychotropes comparée à ses voisins européens. Cette consommation est-elle véritablement pertinente et justifiée au plan médical ? Correspond-elle à un réel mal-être de nos concitoyens qui serait supérieur à celui de nos voisins ou vient-elle d'une certaine banalisation de l'utilisation de ces médicaments et d'un recours peut-être trop facile à ces thérapeutiques par rapport à d'autres alternatives ? La réponse à cette question est loin d'être simple. Le régime général a publié en 2003 une étude très fournie et précise sur la consommation de psychotropes de ses assurés en 2000 : 24,5 % d'entre eux en avaient consommé au moins un et 11,2 % étaient des consommateurs réguliers (*cf. p. 206*).

L'objectif de l'étude présentée par M. Jeantet était de vérifier si ces chiffres se retrouvaient dans la population agricole. Le codage précis qui accompagne la délivrance des médicaments en officine permet en effet depuis quelques années ce type d'analyse.

L'analyse a porté sur les données concernant le remboursement des médicaments au régime agricole lors des 6 derniers mois de 2004, France entière (*tableau 1*). Vingt et un pour cent des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un psychotrope lors des 6 derniers mois de 2004 (N = 780 380). La classe la plus prescrite est celle des anxiolytiques avec 13,3 % de consommateurs, suivie des antidépresseurs (8,1 %), des hypnotiques (7,5 %), des neuroleptiques (2,5 %) et du lithium (0,1 %).

Comme au régime général, les femmes sont plus consommatrices que les hommes : 63,7 % des consommateurs de psychotropes sont des femmes (toutes classes d'âges ou de médicaments confondues). Parmi les assurés du régime agricole, 15 % des hommes et 26,9 % des femmes ont consommé au moins un psychotrope dans les 6 derniers mois de 2004. Après 70 ans, ces chiffres passent à 30,4 % des hommes et à 45,2 % des femmes. Cette prédominance

Taux de consommateurs de psychotropes selon l'âge et le sexe au régime agricole lors des 6 derniers mois de 2004.

Âges	Hommes	Femmes	Total
0-19 ans	1,4 %	1,9 %	1,6 %
20-49 ans	8,7 %	14,2 %	6,4 %
50-59 ans	16,0 %	25,8 %	20,4 %
60-69 ans	20,4 %	33,9 %	27,3 %
70-79 ans	27,7 %	43,1 %	36,2 %
+ 80 ans	34,7 %	47,6 %	42,9 %
Total	15,0 %	26,9 %	20,9 %

*Enquêtes ESCAPAD 2000 et 2002

TABLEAU I



Documents pour le Médecin du Travail
N° 106
2^e trimestre 2006

féminine est particulièrement forte pour les antidépresseurs (sex ratio à 0,47). Elle décroît pour les autres classes : anxiolytiques (sexratio à 0,53), hypnotiques, (sexratio à 0,58) et neuroleptiques (sexratio à 0,74).

La consommation croît avec l'âge : 57 % des consommateurs ont plus de 70 ans. La répartition par âge et par sexe est détaillée dans le *tableau I*.

Une précédente étude menée en 2002 au régime agricole montrait déjà une consommation forte chez les plus de 70 ans. Bien que certaines classes soient légèrement à la baisse (anxiolytiques - 0,5 % et hypnotiques - 0,3 %), d'autres comme les antidépresseurs voient leur consommation croître en 2 ans (+ 0,2 %). Ce constat pose question car ces médicaments présentent un risque iatrogénique plus important dans cette tranche d'âge : les psychotropes sont à l'origine de 20 à 30 % des chutes accidentelles chez les personnes âgées.

En conclusion, M. Jeantet a insisté sur le fait que la consommation de psychotropes des assurés du régime agricole est importante : plus d'une personne sur cinq a consommé un psychotrope dans les six mois. Si elle semble légèrement inférieure à celle du régime général, cela peut être dû à une différence des périodes prises en compte entre les deux études : il s'agit d'une prévalence annuelle pour le régime général et semestrielle pour le régime agricole. Toutefois, les mêmes tendances sont retrouvées : même ordre entre les classes thérapeutiques, prédominance féminine et consommation importante chez les sujets âgés, pourtant les plus sensibles aux effets secondaires de ces produits.

Consommation de psychotropes : données du régime général de la Sécurité sociale

J. Lecadet, Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Les résultats présentés par J. Lecadet sont issus d'une étude qui avait pour objectif d'évaluer et de décrire la population de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie ayant été remboursés de médicaments psychotropes en France métropolitaine, en 2000.

Il s'agissait d'une étude transversale, sur les bases de données de remboursement du régime général de l'Assurance maladie, à partir du codage de la pharmacie. La population étudiée a été constituée par sondage aléatoire à partir du numéro de Sécurité sociale des personnes. Les patients sélectionnés ont eu au moins

un psychotrope remboursé au cours de l'année 2000. L'échantillon ainsi constitué comprenait 845 436 personnes. Pour chaque classe thérapeutique, les variables retenues identifiaient le nombre de bénéficiaires d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée, de couverture maladie universelle, de pension d'invalidité, la nature du suivi médical et le nombre de remboursements au cours de l'année. La variation géographique de la consommation de psychotropes en France a été étudiée aux niveaux régional et départemental selon les classes thérapeutiques. Cette analyse a été réalisée à partir de taux annuels standardisés de consommateurs, calculés par standardisation directe sur les critères âge et sexe, avec comme population de référence la population française du recensement INSEE de 1999.

En 2000, près d'un quart de la population protégée par le régime général *stricto sensu* (24,5 %) a bénéficié du remboursement d'un médicament psychotrope. Les anxiolytiques étaient les plus utilisés (17,4 %), suivis des antidépresseurs (9,7 %), des hypnotiques (8,8 %) et des neuroleptiques (2,7 %).

Le taux annuel de consommateurs de psychotropes, ayant eu au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique, était de 11,2 % (anxiolytiques : 7,0 %, antidépresseurs : 4,9 %, hypnotiques : 3,7 %, neuroleptiques : 1,4 %).

La fréquence des remboursements augmentait avec l'âge de façon considérable : 55 % des femmes et 33 % des hommes après 70 ans se sont fait rembourser des psychotropes.

La fréquence de consommation de psychotropes était plus élevée chez la femme. À âge égal, elle était proche du double pour les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques.

Ces données mettent en évidence des disparités géographiques, plus ou moins importantes selon les classes thérapeutiques. Le taux standardisé régional de consommateurs ayant eu au moins un psychotrope remboursé au cours de l'année variait de 15,9 % à 21,2 % pour les anxiolytiques, de 7,1 % à 12 % pour les antidépresseurs, de 7,7 % à 11,6 % pour les hypnotiques, de 2,3 % à 4,2 % pour les neuroleptiques. La répartition géographiques des taux départementaux élevés concernait des territoires spécifiques à chaque classe thérapeutique.

Malgré l'absence d'information sur le contexte clinique de ces prescriptions, ces données offrent la possibilité d'identifier un seuil minimum de consommateurs et de proposer des indicateurs de suivi de cette consommation aisément reproductibles. En matière de disparité géographique, si la confrontation avec d'autres sources de données permet d'évoquer certaines hypothèses explicatives, la compréhension de ces écarts passe par le développement d'études spécifiques. L'identification des causes de ces écarts pour-

rait, dans l'avenir, contribuer à obtenir une meilleure utilisation de ces traitements.

Les résultats complets de cette étude ont donné lieu à la publication de deux articles dans la *Revue médicale de l'Assurance maladie* en 2003 (Lecadet et al.) accessibles sur internet (www.ameli.cnamts.fr).

Étude de la consommation de produits altérant la vigilance chez des transporteurs routiers

L. Labat, Centre hospitalier régional universitaire de Lille

B. Fontaine, Association médecine et santé au travail (AMEST), Lille

Cette étude de la prévalence de la consommation de produits altérant la vigilance chez des transporteurs routiers du Nord-Pas-de-Calais réalisée par le groupe régional « Toxicomanie et Travail » de l'Institut de santé au travail du Nord de la France a été présentée par L. Labat.

En 1995, une enquête avait mis en évidence que le nombre de consommateurs de substances modifiant la vigilance était significativement plus important chez les salariés occupant un poste de sûreté/sécurité que dans le reste de la population active. Pour vérifier si cette tendance se poursuit, une nouvelle étude multicentrique pour la branche professionnelle des transporteurs routiers a été réalisée en 2003-2004 dans la région Nord-Pas-de-Calais. Cette étude avait pour but de permettre une harmonisation des pratiques professionnelles des médecins du travail en proposant une politique de dépistage, en validant les techniques à utiliser et la conduite à tenir en cas de dépistage positif.

Dans cette étude, mille chauffeurs routiers ont été inclus. Un dépistage urinaire par des tests immunologiques de la méthadone, des benzodiazépines, de la cocaïne, des amphétamines, des opiacés, des cannabinoïdes et de la buprénorphine a été réalisé. L'éthanol a été dosé dans les urines par méthode enzymatique. Tous les dépistages positifs ont été confirmés par une technique de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse. Les résultats exprimés en pourcentage de positifs étaient les suivants : cannabinoïdes (8,5 %), alcool (5 %), opiacés (4,1 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %), amphétamines (0,3 %) et cocaïne (0,1 %).

Ces résultats confirment ceux de l'étude de 1995 pour la consommation de cannabis et d'alcool chez des travailleurs affectés à des postes de sûreté/sé-

rité. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution sont élevés.

Au regard de ces résultats, les auteurs estiment intéressant de pouvoir prolonger cette enquête à l'étude de la consommation des autres classes de médicaments psychoactifs, en utilisant une méthode de screening plus large comme la chromatographie liquide de haute performance couplée à la spectrométrie de masse.

Résultat d'une micro-enquête sur les chauffeurs en MSA

C. Devos et N. Masson, Mutualité sociale agricole du Pas-de-Calais

Dans cette enquête nationale, première de ce type, réalisée entre janvier et mars 2005, les auteurs ont mis en évidence que la problématique des addictions touche aussi le monde agricole. Un questionnaire a été rempli au cours d'une visite médicale où une fiche d'aptitude était délivrée chez des chauffeurs (tractoristes, engins, caristes, poids lourds).

Ce questionnaire permettait d'évaluer la consommation de 4 produits : tabac, cannabis, alcool et médicaments. Au total 1 604 questionnaires ont été reçus. Quarante et un questionnaires n'ont pas pu être exploités en raison d'informations manquantes.

Les résultats mettent en évidence que 36 % des personnes interrogées sont des fumeurs réguliers. Parmi ceux-ci, 55 % présentent une dépendance moyenne ou forte au tabac. Huit pour cent des personnes interrogées ont fumé du cannabis lors des 12 derniers mois et 22 % présentent une consommation d'alcool à risque ou sont dépendants. Enfin, 9,5 % des personnes prennent un ou plusieurs médicaments.

La consommation de substances addictives est donc une réalité chez les chauffeurs du régime agricole. La prise en charge des salariés doit être organisée de façon à ce qu'ils puissent conserver leur emploi et le fassent en toute sécurité.

Quelle couverture sociale pour la pathologie addictive ?

K. Nguyen, Hôpital Fernand Widal, Paris

K. Nguyen a présenté les aspects sociaux de la pathologie addictive et notamment la question de la couverture sociale. Face à la pathologie addictive, le

(1) CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie.

CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

dispositif de soins associe les structures ambulatoires (CCAA, CSST⁽¹⁾), assurant une gratuité des soins, la médecine de ville, les établissements hospitaliers (généralistes et psychiatriques) et les services de soins de suite, organisés le plus souvent en réseaux.

À l'hôpital Fernand Widal, pour les patients alcoolo-dépendants, le sujet de la couverture sociale est abordé très tôt. Lors de la première consultation médicale, la prise en charge des soins sous-tend l'élaboration du projet de soins, d'autant que la pathologie addictive engage un traitement de longue durée. Une majorité des patients pris en charge bénéficie d'une couverture sociale garantie à la fois par les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles ou assurances privées.

Aujourd'hui, la Sécurité sociale couvre presque toute la population. D'une logique d'assurance sociale professionnelle, il y a eu passage, avec la création en 1945 de la Sécurité sociale, à une logique de solidarité, puis à une logique de protection universelle avec la création le 27 juillet 1999 de la couverture maladie universelle, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, qui permet à chacun d'accéder à un minimum de soins, et assure aux plus démunis une affiliation au régime de base de la Sécurité sociale, ainsi qu'à une couverture complémentaire gratuite (CMUC, couverture maladie universelle complémentaire). Les régimes de Sécurité sociale servent des prestations en nature dont le montant varie selon les orientations des politiques de santé concernant la pathologie addictive :

- 1996 : remboursement à 65 % des médicaments de substitution des opiacés par les caisses de Sécurité sociale.

- à partir de 2001 : gratuité des substituts nicotiques (TSO) dans les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, à destination des fumeurs en situation précaire (bénéficiaires de la CMUC). Cette initiative n'a pas été reconduite en 2005.

- 2004 : prise en compte au titre des affections de longue durée ⁽²⁾ (ALD) des « troubles addictifs graves » inscrits dans le cadre de l'ALD n° 23 portant sur les affections psychiatriques de longue durée (art D. 322-1 du Code de la Santé publique).

Cette reconnaissance de la pathologie addictive en tant qu'affection de longue durée confirme le risque social qu'elle représente et tend à prendre en compte les répercussions d'un usage nocif de substances psycho-actives, alors que, parallèlement, dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, un certain nombre de mesures viennent atténuer cette tendance.

Au-delà des mesures organisées par le système de protection sociale, la couverture sociale de la pathologie addictive doit s'étendre et mobiliser l'ensemble des membres des équipes, non seulement les équipes spécialisées en addictologie mais également celles qui interviennent en amont et en aval, afin que l'addiction soit abordée par d'autres professionnels, notamment les médecins du travail, et d'autres cultures. Car la pa-

thologie addictive est une maladie au même titre que les autres, et malgré de réelles avancées, les réponses en terme de soins et de prévention ne sont pas à la hauteur du problème.

Quelle politique de soin et de prévention de la maladie addictive à la MSA ?

D. Bertrand, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

D. Bertrand a débuté son propos en soulignant que, par le passé, chaque consommation de substances entraînant une dépendance était individualisée et leur étude était centrée sur les effets du produit considéré. La politique de prévention et de soins était avant tout basée sur la non-consommation, et la dépendance était le signal d'alerte mettant en action les dispositifs de prise en charge. La globalisation du concept de la maladie addictive a permis de lui donner un véritable statut et l'intégrer dans des dimensions diverses : médicale, mais aussi sociale, familiale, professionnelle. De plus, les enjeux de la loi de Santé publique concernent cette thématique en de nombreux points (cancers, risque routier...). Même s'il est difficile d'obtenir les statistiques sur une problématique diffuse et sur des populations à risque peu compliantes, les actions en terme de réseaux sont fondamentales. Pour cela, la MSA a un atout majeur : guichet unique rassemblant sous un même étendard la gestion du risque maladie, de la famille, de la retraite, la santé au travail. Plusieurs portes d'entrée sont possibles :

- les examens de santé proposés à partir de l'âge de 25 ans touchent plus de 30 % de la population agricole, le tabagisme et la consommation d'alcool en sont des items individualisés, le médecin traitant étant le pivot des actions de suite à ces examens ;

- la prise en charge d'un protocole de sevrage tabagique (5 consultations par personne : à 6 mois, 70 % des consultants n'ont pas rechuté) ;

- le développement d'actions de prévention et d'information par les médecins du travail dans les entreprises agricoles, ils sont également destinataires après accord du sujet des résultats des examens de santé ;

- la préservation de l'insertion sociale et familiale des personnes en difficulté par les travailleurs sociaux.

Les groupes pluridisciplinaires qui existent dans de nombreuses caisses de MSA autour des problématiques d'invalidité, d'inaptitude, de handicap, pourraient s'ouvrir également à celle des conduites addictives.

Fort de ces avantages, il est important que la MSA puisse s'intégrer dans l'activité en réseau nécessaire

(2) Cette modification de la liste des ALD permet aux patients dépendants une prise en charge intégrale des soins en rapport avec leur affection.



Documents pour le Médecin du Travail N° 106 2^e trimestre 2006

dans ce contexte complexe et sensible, telle qu'elle l'a déjà fait pour d'autres problématiques comme les réseaux gérontologiques.

Synthèse des conférences de consensus sur l'approche des conduites addictives

J. Yguel, Centre hospitalier du Pays d'Avesnes

J. Yguel a souligné le fait que la mise en place de référentiels centrés sur les pratiques cliniques est une préoccupation assez récente dans le « milieu addictologique ». En effet, la première des publications de l'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES⁽³⁾) date d'avril 1998 et, depuis, ce sont douze conférences ou débats qui ont été organisés. Un premier « groupe » porte sur les modalités du sevrage (tabac, alcool, opiacés) et un second a pour thématique les modalités du maintien de ce sevrage. Deux conférences ont porté sur des points très spécifiques comme la grossesse et le tabac ou l'alcool, ainsi que la prise en charge de l'intoxication alcoolique aiguë.

Dans le premier groupe relatif au sevrage, les questions posées abordent les indications, les limites et les modalités pratiques de mise en œuvre des sevrages pour chacun des psychotropes. Elles ont permis de mettre un cadre organisationnel et « prescriptif » pour chacune d'elles, en faisant sans doute dans les milieux spécialisés « une référence opposable ». De plus, elles ont permis, sur le papier au moins, d'en finir avec des pratiques obsolètes, et de fait inadéquates, qui relevaient plus d'empirisme et d'*a priori* théorique que d'une démarche scientifiquement fondée.

Dans le second groupe relatif au maintien du sevrage, les conférences de consensus ont permis de préciser la place exacte des produits de substitution et leur modalité de prescriptions. Les débats avaient été assez houleux, jusque-là, entre les tenants de telles ou telles pratiques. Dès lors, les indications et la place de chacune d'elles ont pu être légitimées et là encore « validées ».

Pour la problématique « alcool », il existe encore un certain « flou » et des recherches sont encore à développer puisque les référentiels portent surtout sur des « pratiques » qui sont « validées » selon des modalités scientifiques de « grade C », à savoir relevant plus « d'accords ou de consensus sur des pratiques professionnelles » que sur des études « scientifiquement fondées » d'un niveau de grade A ou B⁽⁴⁾.

Concernant la thématique grossesse et tabac ou alcool, ces conférences ont permis d'entériner un objectif de consommation « zéro » et de le justifier. Cette « prescription » qui reste très directive est assez inha-

bituelle dans le champ des interventions et intervenant en addictologie.

L'évolution dans l'utilisation « d'outils d'intervention », tant médicamenteux que d'accompagnement thérapeutique, a été validée et clarifiée, notamment concernant les débats autour de la place respective de la psychanalyse ou des thérapies cognitives ou comportementales. Plus récemment, c'est un référentiel sémantique qui a été proposé du fait cette fois de l'évolution non pas des pratiques des soignants, mais de celles des usagers. Ceci a bien mis en perspective que les approches « thérapeutiques » avaient été souvent légitimées par des théories et des pratiques « usuelles » et ne s'étaient pas adaptées à l'évolution des pratiques de consommation. À l'inverse, l'évolution des pratiques de consommation vient interroger le fondement de nos théories. C'est ce qui devrait être une des bases du fondement de la démarche scientifique aboutissant à des recherches.

Enfin, la conférence sur l'intoxication alcoolique aiguë, dont l'incidence et la prévalence au sein des services d'urgence sont si prégnantes et posent tant de problèmes d'orientations thérapeutiques possibles, a permis de définitivement trancher le débat dans les priorités à établir et à respecter. Il s'agit d'abord et avant tout d'une intoxication et donc d'une urgence, clarifiant le lieu de prise en charge et les moyens qui devraient y être dévolus. Elle a ainsi, et aussi, validé l'intervention et la place des équipes de liaison, et des complémentarités à créer entre ces équipes et celles des « urgentistes » à un moment où, pour le patient, le sevrage est plus subi qu'agi.

Les textes de la conférence de consensus sont accessibles sur le site : www.anaes.fr

Traitements de substitution des opiacés : intérêt et limites

J.M. Delile, Centre d'étude et d'information sur les drogues (CEID)

J.M. Delile a insisté sur les objectifs généraux du traitement de la dépendance aux opiacés qui sont d'obtenir une diminution voire un arrêt des usages et de leurs effets, une réduction de la fréquence et de la sévérité des rechutes, une implication dans un processus global et durable de traitement, une amélioration de l'état global de santé, une meilleure insertion familiale et sociale et une amélioration de la qualité de vie du toxicomane.

Face à des enjeux aussi globaux, les traitements de substitution ne peuvent constituer à eux seuls le traitement de la dépendance aux opiacés. Ils ne trouvent tout leur sens et leur pleine efficacité qu'en tant qu'élément et support, d'ailleurs essentiel, d'un programme

(3) Ces missions de l'ANAES ont été reprises depuis le 1^{er} janvier 2005 par la Haute autorité de santé.

(4) Les grades A, B, C concernent le degré de validité scientifique des études qui sont analysées.

(5) La rétention est le taux de personnes qui restent dans un programme thérapeutique.

global de traitement devant être en mesure de s'inscrire dans le long terme.

Les traitements de substitution ont fait la preuve de leur efficacité en réduisant la dépendance aux opiacés et les problèmes médicaux, psychologiques et sociaux associés, avec une amélioration globale de l'état de santé, une réduction de la mortalité et une amélioration de l'intégration sociale. Cette efficacité est optimale avec des doses convenables assurant une meilleure rétention (5) et un meilleur devenir. Les taux de rétention dépassent 60 % à 6 mois avec jusqu'à 90 % de réduction des usages de drogues illicites chez les patients restant en traitement. Ces chiffres démontrent qu'il s'agit des meilleurs traitements actuellement disponibles des dépendances confirmées aux opiacés dans la mesure où ils sont à la fois les mieux acceptés par les patients et les plus efficaces pour leur permettre d'être abstinents.

Les critères d'interruption du traitement au long cours sont l'absence contrôlée et durable d'usages de drogues, l'adoption d'un style de vie dégagé du monde des drogues, la stabilité relationnelle et sociale, la rémission ou la prise en charge efficace des éventuelles pathologies psychiatriques associées. L'arrêt prématuré d'un traitement de substitution, même volontaire, est fortement corrélé avec un fort risque de rechute vers l'usage d'opiacés illégaux. Les patients qui veulent arrêter doivent bénéficier d'un suivi attentif.

Quelles sont les bonnes pratiques et donc les mauvaises ? Est-il rationnel de condamner d'emblée toutes les pratiques alternatives ? En fait cette dernière vision n'aurait de sens que si les objectifs de l'utilisation des médicaments de substitution étaient toujours les mêmes quels que soient les patients, les contextes ou les pratiques professionnelles... Il serait alors possible d'identifier les méthodes les plus efficaces pour atteindre ces objectifs et récuser les autres.

Dans un cas, on vise essentiellement des objectifs de réduction des risques sanitaires et sociaux associés à l'usage de drogues en aidant les patients qui ne veulent pas ou ne peuvent pas tenter d'interrompre leur intoxication à pouvoir la poursuivre de façon plus sûre par la délivrance de produits contrôlés, par l'accès à du matériel stérile, à des informations à visée préventive et à divers dispositifs d'aide. Les contacts ainsi établis avec des professionnels permettent également d'espérer un recours plus rapide à une prise en charge globale et l'élaboration d'une demande de soins vis-à-vis de la toxicomanie, notamment sous la forme d'un traitement cadré de l'addiction elle-même.

Ces pratiques visent des publics peu ou non demandeurs de soins avec des objectifs de santé publique (SIDA, hépatites...), elles doivent donc nécessairement avoir des seuils bas d'accès et d'exigence. Cette volonté de grande accessibilité est manifestement celle qui a conduit les autorités françaises à faire le choix de la mise sur le marché du Subutex® (1996) dans un cadre bien moins contrôlé que celui de la méthadone avec un cer-

tain nombre d'effets collatéraux (dont l'overdose) en matière de sécurité qui imposent actuellement certains réajustements. Ceux-ci néanmoins ne doivent pas remettre en cause les avancées obtenues en matière de santé publique et de reconnaissance des personnes toxicomanes.

Dans l'autre cas, le traitement de maintenance vise à traiter l'addiction elle-même en aidant à maintenir l'abstinence par une réduction progressive de l'envie ou du besoin de consommer. Cela nécessite une implication majeure et durable du patient, une prise en charge globale et un « monitoring » attentif incluant, notamment, une dispensation contrôlée et des contrôles urinaires. Si les seuils d'accès à la méthadone se sont de fait progressivement abaissés en France depuis 1993, les seuils d'exigence en revanche doivent rester élevés pour que le traitement reste sûr et efficace.

Ces objectifs variés impliquent donc des pratiques différentes qui devraient pouvoir être évaluées en fonction de critères particuliers. Sans doute même, ces pratiques diversifiées sont-elles nécessaires pour répondre à la diversité des patients et aux divers moments de leurs parcours. Il serait nécessaire en revanche de mieux les codifier et les articuler pour éviter que la confusion ne devienne par trop chaotique.

Prévention du risque alcool au sein d'une entreprise agricole

J.F. Ruiz, Mutualité sociale agricole de Loire Atlantique

La finalité d'une démarche de prévention dans une entreprise est l'instauration d'une nouvelle culture d'entreprise. Pour mettre en place ce type de prévention, tous les acteurs doivent donc être partie prenante : si la demande est faite sans adhésion ou forte implication, l'échec est quasi certain à terme. Car l'action nécessitera beaucoup de patience et d'humilité. Et elle pourra créer une certaine frustration car son évaluation quantitative est pratiquement impossible.

Le lieu idéal pour faire naître ce type de projet est le CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) de l'entreprise. L'incitateur est souvent l'employeur qui a dû ou doit faire face à ce problème d'alcool dans son entreprise. Parfois ce sont les salariés eux-mêmes ou le médecin du travail qui proposent cette action de prévention. Cette prévention est une action en amont (prévention primaire) et son but n'est pas de régler le problème, mais d'éviter d'y tomber (ne pas attendre l'accident, la maladie ou la sanction pour agir). Cf. P.Y. Verkindt : « *Conduites addictives au travail : la responsabilité des entreprises et de l'individu* », p. 204.

La prévention doit répondre aux questions posées par l'entreprise qui met en place un plan de

prévention : que faire face à un malade alcoolique ? comment lui parler ? comment aborder le problème au retour d'un arrêt maladie ? que faire face à une personne en état d'ébriété au travail ? repérer, gérer les phénomènes d'alcoolisation dans l'entreprise, sensibiliser, informer, constituer un réseau d'aide et de relais par des professionnels.

Pour répondre aux questions et aux objectifs de prévention, chaque acteur a un rôle et doit travailler en concertation avec les autres. Le registre de la loi et son application sont dévolus à la hiérarchie, le registre de l'aide et l'accompagnement est l'apanage du secteur médico-social, le registre de la prévention, de la recherche et de l'action est le domaine d'un « groupe alcool » formé et mandaté.

La prévention doit être essentiellement technique et collective et passer par une large formation et sensibilisation des salariés :

- Mise en application de la législation relative à l'alcoolisation sur les lieux de travail dans le règlement intérieur... Le non-respect de cette législation peut constituer une faute inexcusable de l'employeur et peut engager sa responsabilité pénale. L'application de la législation doit faire l'objet de procédures écrites afin de permettre une réflexion collective et la mise en place de conduites à tenir pratiques et consensuelles.

- Amélioration des conditions de travail.

- Information sur les procédures disciplinaires en cas d'alcoolisation problématique doit être faite à tous les salariés. Elle doit être indépendante de la direction mais soutenue et encouragée par elle. Elle doit disposer de moyens : local, temps, formation, financement d'intervenants extérieurs. Elle doit être régulièrement évaluée.

- Actions de prévention-information doivent être pilotées et conduites par le CHSCT et le service Santé sécurité au travail, en liaison avec la direction, avec la participation de volontaires et des objectifs clairs.

- Au niveau de la prévention individuelle, la prise en charge des consommateurs en mésusage nécessite empathie et écoute patiente. Il faut savoir orienter le salarié vers un autre salarié du groupe alcool, puis/et/ou vers le médecin du travail et/ou vers les réseaux d'aide.

Contrôles sur le lieu de travail

M. Gournay, médecin inspecteur régional du travail de Basse-Normandie

B. Le Néindre, Association santé et travail de Normandie

Aborder le problème de l'alcool en entreprise par le biais du pouvoir disciplinaire n'est sans doute pas la meilleure façon de traiter le problème. C'est néanmoins une voie pour ouvrir le débat sur un sujet que

chacun s'évertue à éviter. Les examens complémentaires (YGT), tant réclamés aux médecins du travail par certaines entreprises, n'empêcheront jamais l'alcoolisation aiguë.

La pratique de dépistage de l'imprégnation alcoolique n'a aucun effet sur la prise d'autres substances largement répandues (cannabis, anxiolytiques...). Or ces dépistages (d'imprégnation) relèvent d'examens biologiques et ne sont pas utilisables par l'employeur. Le contrôle ne peut se faire que dans le cas de suspicion d'imprégnation aiguë (ébriété) et sous certaines conditions. L'état d'ébriété est malheureusement un stade où le niveau requis de sécurité est largement dépassé.

Le règlement intérieur est obligatoire dans les entreprises ou les établissements où sont employés habituellement au moins vingt salariés, le règlement intérieur fixe les mesures d'application de la réglementation hygiène et sécurité, et les règles générales et permanentes relatives à la discipline au sein de l'entreprise (art. L 122.34 du Code du travail). La loi du 4 août 1982 concernant la liberté des travailleurs dans l'entreprise conserve au règlement intérieur son caractère d'acte unilatéral de l'employeur dont il traduit le pouvoir d'organisation et de direction de l'entreprise (circulaire DRT n° 5-83 du 15 mars 1983). C'est donc par le biais de ce règlement intérieur que l'employeur peut notifier quelles quantités de vin, de bière pourront être introduites dans l'entreprise, voire interdire toute consommation sur le site. Il peut également édicter les conditions de recours à l'alcootest (ou à l'éthylomètre), seule solution qui en pratique lui permet d'avérer une ivresse alcoolique.

Le contrôle est pratiqué par toute personne ou organisme désigné par l'employeur (rép. ministérielle n° 1177, *Journal officiel de l'Assemblée nationale (JO AN)*, 10 novembre 1997), mais pas par le médecin du travail (rép. ministérielle n° 33269, *JO AN* 20, mars 2000). Si la présence d'un tiers est souhaitable (circ. 1983), elle n'est pas obligatoire (Conseil d'État du 1^{er} juillet 1988-RNUR). L'information des délégués du personnel est souhaitable sur le point de la pratique des alcootests, mais leur présence lors d'un contrôle s'écarte de leurs missions (rép. ministérielle n° 13 848, *JO AN* 16 février 1987).

Trois conditions sont nécessaires et suffisantes pour un contrôle permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébriété d'un salarié (arrêt du 22 mai 2002 n° 1788 s'appuyant sur les art. L 122.35 et L 230.3 du Code du travail) :

- les dispositions doivent être inscrites au règlement intérieur ;

- les modalités de ce contrôle doivent en permettre la contestation ;

- Il faut « *qu'en égard à la nature du travail confié à ce salarié (6), un tel état (d'ébriété) soit de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger...* ».

C'est la recherche de l'équilibre entre les droits

(6) Poste de sécurité : poste de travail dont l'exécution peut mettre en danger la sécurité individuelle et/ou collective et entraîner une atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale du salarié et/ou des autres salariés. Repose sur la notion de poste à risque potentiellement grave que ce risque soit physique, chimique, biologique ou matériel.

 inrs

Documents pour le Médecin du Travail
N° 106
2^e trimestre 2006

fondamentaux et obligations de l'employeur qui caractérise le corpus jurisprudentiel entourant les tests de dépistage.

Une action de prévention dans une entreprise agricole a ensuite été présentée. Cette action débutée en 1998 est toujours en cours.

Quelles actions en entreprise ? Exemples dans le régime général

L. Dupont, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) de Lille
F.X. Deal, ANPAA d'Amiens

De plus en plus d'entreprises sont aujourd'hui alertées par le problème alcool et beaucoup tentent d'y remédier. La recherche d'un meilleur fonctionnement, le souci de la sécurité ainsi que l'augmentation de leurs responsabilités conduisent les chefs d'entreprise à investir dans des actions de prévention. L'alcool est consommé différemment d'une entreprise à l'autre, en fonction de son activité, de sa « culture » ou de son implantation géographique : au restaurant d'entreprise, sur les chantiers, lors de « pots » ou de certains événements marquants, mais aussi dans des bars plus ou moins clandestins. Ces consommations sont souvent considérées comme partie intégrante de la vie de l'entreprise et de ce fait parfois difficiles à remettre en cause. Des facteurs aussi variés que la soif, la fatigue, l'ennui, la répétitivité, le stress, la concurrence, les accumulations de responsabilité, peuvent favoriser le recours à l'alcool. C'est pourquoi l'amélioration des conditions de travail est une contribution indirecte mais importante à la diminution de la consommation d'alcool. Même s'il peut donner l'impression d'un coup de fouet temporaire, l'alcool perturbe le travail : il nuit à la concentration, accroît la nervosité, pèse sur les relations de travail, peut faire perdre le sens des réalités. À long terme, l'alcoolisation peut entraîner un absentéisme répété, des détériorations de santé, plus ou moins invalidantes, des accidents de travail et de trajet, qui sont souvent à l'origine de la prise de conscience du problème alcool dans l'entreprise. Souvent niés, longtemps cachés, les incidents liés à l'alcool sont mal évalués en entreprise. L'ANPAA estime toutefois que l'alcool est responsable de 15 % des accidents du travail et de 40 % des accidents mortels de trajet.

Le choix de la démarche de prévention dépendra de la situation initiale et des objectifs visés. Il s'agit d'une décision institutionnelle et collective. Le plan mis en œuvre passera par l'application de la législation, parfois la clarification de réglementations internes et la sensibilisation du personnel. Ce plan pourra être préparé ou réalisé avec l'appui d'un Comité départemental de

l'ANPAA (www.anpa.asso.fr) au titre de sa double compétence dans les domaines de l'alcoologie et de l'intervention en entreprise.

Le mieux est d'intervenir le plus rapidement possible, avant l'installation de troubles graves. Des manifestations comme de petites fautes de service répétées, des sautes d'humeur, de courtes absences, une haleine alcoolisée sont autant de signaux d'alerte permettant d'entrer en communication avec les personnes en difficulté, et de leur apporter de l'aide. Le médecin du travail est naturellement bien placé, mais il n'est pas le seul. L'encadrement de proximité, le service social, les collègues proches, les mouvements bénévoles d'entraide, peuvent participer à cet accompagnement. Il s'agit d'apporter une aide à la personne, mais aussi au collectif de travail et à l'encadrement direct.

Les soins nécessitent le recours, selon le cas, au médecin traitant, au secteur hospitalier ou au Centre d'alcoologie. La totale adhésion du buveur est naturellement requise avant d'entamer un traitement. À la reprise du travail, la solidarité doit jouer à plein vis-à-vis de la personne qui s'est soignée. Le premier service à lui rendre consiste à l'encourager dans ses efforts pour ne plus recourir à l'alcool.

Les consommateurs excessifs, les personnes dépendant de l'alcool et/ou leurs proches peuvent être accueillis en consultation (confidentielle et gratuite), accompagnés et conseillés par l'équipe spécialisée du Centre d'alcoologie (cf. p. 208) le plus proche (www.anpa.asso.fr).

Aptitude, poste de sécurité et maintien de l'emploi

P. Frimat, Centre hospitalier régional universitaire de Lille 2

P. Frimat a débuté son propos en rappelant la place particulière de l'aptitude et de l'impact de la décision médicale qui peut conduire à une inaptitude. En dehors de cas où l'aptitude est parfois réglementée (transports routiers, conduite automobile, engins du BTP...), elle est en fait souvent à discuter en fonction du poste et du travail réel. P. Frimat a également rappelé que le poste de sécurité n'a pas de définition légale mais que pour l'occuper il est nécessaire d'avoir « la capacité médicale » pour agir instantanément pour éviter le risque (pour le salarié lui-même, pour les autres et pour l'environnement de l'entreprise). Cette capacité doit être permanente. Le médecin du travail a une place privilégiée car il connaît la personne et son histoire, le travail réel et l'environnement de travail.

La question de la capacité médicale et des conduites addictives doit être distinguée suivant qu'il y a simple usage de la substance, dépendance ou traitement de substitution. Le positionnement de l'entreprise naît de la concertation entre les différents acteurs (employeurs, CE, CHSCT) au sujet du règlement intérieur. Le positionnement de l'équipe de santé au travail aura également une importance toute particulière.

Les services de santé au travail se trouvent confrontés à plusieurs réglementations dont ils doivent tenir compte : Code du travail notamment la circulaire de 1990 (en cours de révision), le Code de la Santé publique, le Code de la route et le Code de déontologie. Par ailleurs, les médecins du travail sont à la fois conseillers du salarié et de l'entreprise. Il est donc nécessaire de disposer de démarches « protocolisées » et de référentiels médicaux validés.

La prise en charge collective doit reposer sur la prévention (informations, actions de sensibilisation) en

lien avec le réseau de soins. La prise en charge collective est une priorité. La prise en charge individuelle est en fait la prise en charge d'un problème de santé. Elle doit également reposer sur le réseau de soins.

En conclusion, l'orateur a insisté sur le fait que le médecin du travail doit s'appuyer sur les réseaux de soins locaux ou régionaux pour pouvoir aborder la question des addictions au sein de l'entreprise dans son ensemble et avec chaque salarié en particulier.

Ateliers

Des ateliers ont eu lieu sur les sujets suivants : « Jeunes, cannabis et vigilance », « Outils de dépistage : méthodes, matériels, quelles utilisations ? », « Cas cliniques en entreprises », « Tabagisme passif », « Place des réseaux dans les dispositifs de soins en addictologie » .

L'auteur tient à remercier C. Gayet du service juridique de l'INRS.

Points à retenir

L'addictologie englobe l'étude de l'ensemble des conduites addictives

La communauté scientifique s'accorde pour classer les comportements de consommation en usage, usage nocif ou abus et dépendance

Les produits concernés sont l'alcool et le tabac mais aussi les drogues illicites (notamment le cannabis) et les médicaments psychotropes

Selon les données du régime général de la sécurité sociale, 24,5 % des assurés ont bénéficié du remboursement d'un médicament psychotrope (anxiolytiques : 17,4 %, antidépresseurs : 9,7 %, hypnotiques : 8,8 % et neuroleptiques : 2,7 %)

La prévention doit reposer avant tout sur des actions collectives d'information et de formation

En raison de l'évolution des comportements, de la réglementation et des orientations politiques récentes à travers le Plan santé travail et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les entreprises ne peuvent plus, aujourd'hui, faire l'économie d'une politique de prévention des conduites addictives

Intervention de
R. Daval, univer-
sité de Reims,
cf. p. 205.

(7) Ed. A. Thibaudet,
Pléiade, NRF, 1939,
p. 326.

Ivresse et enthousiasme chez Montaigne

Dans un passage des Essais (livre II, ch. II) intitulé : de l'ivrognerie, Montaigne condamne la thèse, d'origine stoïcienne, selon laquelle il n'y a pas de degrés dans le vice, et souligne *a contrario*, que certains sont plus dégradants que d'autres. C'est le cas, entre autres, de l'ivrognerie, où l'esprit n'a nulle part. L'ivrognerie est un vice « *tout corporel et terrestre* » (7). C'est pourquoi, ajoute-t-il, seuls les Allemands « *la plus grossière nation de celles qui sont aujourd'hui* », la tiennent en crédit. L'ivrognerie rend tout usage de l'entendement impossible, et affaiblit le corps. Et Montaigne d'ajouter : « *Le pire état de l'homme, c'est quand il perd la connaissance et gouvernement de soi* ».

Mais, juste après cette première condamnation, il remarque, lui le grand lecteur des Anciens, et notamment, de Plutarque, de Lucrèce, de Cicéron et de Platon, que l'Antiquité n'a condamné l'ivrognerie qu'avec mollesse. Le vin, en effet, selon les Stoïciens, aurait le mérite de relâcher l'âme, et exercerait ainsi une fonction au service de l'esprit, comme Platon, pour sa part, l'avait déjà montré. La consommation des boissons alcoolisées a aussi une utilité pour le corps : elle le fortifie, en l'obligeant à faire des efforts de digestion. Admirateur de certains maîtres de son temps, Montaigne avise son lecteur : « *J'ai oui dire à Silvius, excellent médecin de Paris, que, pour garder que les forces de notre estomac ne s'appressent, il est bon, une fois le mois, les éveiller par cet excès, et les picquer pour les garder de s'engourdir* ».

Si l'ivrognerie, finalement, est un « *vice lâche et stupide* », il est néanmoins moins pernicieux que les autres qui, tous, font plus de tort à la société civile. Montaigne se livre alors à une sorte de réhabilitation de l'ivrognerie, sinon à un éloge de celle-ci à la manière dont Erasme avait prononcé un Eloge de la Folie. Le plaisir de la boisson est le seul qui reste aux vieillards, et il coûte moins à la conscience que les autres. Il faut boire sans discernement n'importe quel vin, afin de permettre au plaisir de se donner libre cours. Montaigne va même jusqu'à écrire : « *Il faudrait, comme des garçons de boutique et gens de travail, ne refuser nulle occasion de boire et avoir ce désir toujours en tête* ». Il déplore que ses contemporains ne se livrent pas à l'ivrognerie avec autant d'entrain que les Anciens, et cela vient à ses yeux de ce qu'ils sont beaucoup plus portés à la paillardise que leurs pères. Or, « *ce sont deux occupations qui s'entremeschent en leur vigueur* ». La sobriété rend plus volontaire à l'exercice de l'amour. Chaque âge de la vie a ses plaisirs, et Montaigne esquisse une typologie de ceux-ci :

« *La chaleur naturelle, disent les bons compagnons, se prend premièrement aux pieds : celle-là touche l'enfance. De là elle monte à la moyenne région, où elle se plante longtemps et y produit selon moi, les seuls vrais plaisirs de la vie corporelle : les autres voluptés dorment au pris. Sur la fin, à la mode d'une vapeur qui va montant et s'exhalant, elle arrive au gosier, où elle fait sa dernière pose* ».

Poursuivant son « *éloge* » de l'ivrognerie, c'est à l'autorité de Platon que Montaigne fait appel, Platon qui dans Les Lois défend aux enfants de boire du vin avant dix-huit ans, et aux hommes de s'enivrer avant quarante, mais qui ordonne, au contraire, aux hommes de plus de quarante ans de se plaire à l'enivrement. C'est que Dionysos redonne la gaieté, rend la jeunesse aux vieillards, et adoucit les passions de l'âme. Platon juge d'autre part que l'ivresse est une bonne épreuve de la nature de chacun, et donne aux vieillards le courage de danser et de faire de la musique, deux activités qui sont indispensables pour l'acquisition de la sagesse.

Cette apologie de l'ivrognerie est suivie immédiatement par une question qui fait retour à l'argumentation du début du chapitre sur le rapport avec le vice : l'âme du sage peut-elle être vaincue par la force du vin ? On reconnaît une thématique stoïcienne que Philon d'Alexandrie, pour sa part, avait reprise dans ses deux traités : De Ebrietas et De Sobrietas. Philon s'interrogeait sur les prescriptions de Moïse quant au fait de prendre du vin, ou de s'en abstenir. Le vin est pour Philon le symbole de la divagation et du délire, de la stupidité, de la folie, mais aussi de l'allégresse qui enveloppe toutes choses, et de l'innocence originelle des hommes quant au bien et au mal. L'ivresse est la cause de l'égarement de l'esprit, mais est aussi la figure de la sagesse, cette sagesse dont Philon écrit qu'elle « *est en effet profondément enfouie, et non située en surface, faisant sourdre un doux flot de perfection morale pour les âmes assoiffées* ». (8) Philon ajoute que la sagesse est un breuvage qui est « *à la fois le plus nécessaire et le plus agréable* ». L'âme qui devient sage par la grâce de Dieu est transportée d'enthousiasme : aux yeux des non initiés elle paraît ivre, inconvenante, hors d'elle-même, mais c'est l'éclat de la grâce divine qui brille en elle. Lisons encore Philon :

« *Chez ceux qui sont possédés de Dieu, non seulement l'âme est généralement excitée et comme aiguillonnée par un taon, mais le corps est emporté et embrasé par le flot débordant et réchauffant d'une joie intérieure qui répand à l'extérieur ce qu'elle éprouve. C'est pourquoi beaucoup de fous sont trompés et soupçonnent des hommes sobres d'être pris de vin. Certes, en un certain sens, ces hommes sont ivres ; ils sont grisés comme d'un vin pur de leurs biens accumulés* ».

Mais, la sagesse dont parle Philon diffère sensiblement de celle que concevaient les Stoïciens : il s'agit non de l'œuvre de la seule philosophie, mais de l'action de Dieu dans l'âme de l'homme pieux. Les deux traités de Philon sont dirigés contre les Stoïciens, et attaquent ce que le penseur d'Alexandrie juge être leur orgueil et leur illusion sur les capacités de l'esprit humain. C'est, nous allons le voir, dans le même sens que se dirige l'argumentation de Montaigne.

La force du vin peut-elle donc avoir raison de l'âme du sage ? Pour répondre à cette question, Montaigne va accumuler les arguments destinés à dénoncer la faiblesse de la nature humaine. Sage ou homme du commun, jeune ou vieux, nous sommes soumis aux mêmes misères et la proie des mêmes infirmités. Qu'à l'homme il « *suffise de brider et modérer ses inclinations, car, de les emporter, il n'est pas en luy* ». Et le texte de continuer : « *toutes actions, hors les bornes ordinaires sont subjectes à sinistre interprétation, d'autant que notre goust n'advient non plus à ce qui est au dessus de luy, qu'à ce qui est au-dessous* ». Ce sont les Stoïciens qui sont ici visés, à qui il est reproché avec un ton qui annonce Pascal de trop présumer de la nature humaine. Celle-ci doit être consciente de ses limites, l'être humain lucide sur son extrême fragilité. Lorsque l'homme dépasse ses limites, c'est qu'il y a en lui « *ardeur et manie* ». L'homme est emporté comme au-delà de lui-même, avant de revenir à lui. Si le mot d'« *enthousiasme* » n'est pas dans le texte de Montaigne, c'est bien à une certaine acception de ce concept philosophique qu'il faut avoir recours ici, et la référence à Platon qui suit immédiatement le passage que je viens de citer le confirme.

Pour Platon, en effet, comme ce le sera plus tard pour Philon, l'enthousiasme, dont l'état provoqué par l'excitation alcoolique est la figure, est l'expérience spirituelle du ravissement mystique, ou de l'imagination créatrice de l'artiste. On sait que le verbe « *enthousiazein* » signifie : « *être inspiré par la divinité* » et est utilisé par Platon dans le Phèdre (253 a) dans le sens de : « *être saisi d'un transport divin, être transporté, être mis hors de soi* ». Le terme de « *mania* » quant à lui, peut se traduire par celui de « *folie* », ou encore par les mots : « *démence* », « *humeur noire* » ; la manie, c'est aussi la folie d'amour, le délire prophétique, le transport donné par l'inspiration. C'est sans doute dans le dialogue Ion, consacré au rhapsode de ce nom, que Platon parle d'enthousiasme pour la première fois. Dans le Ion, Socrate veut montrer que les talents du rhapsode, pas plus que ceux du poète, ne sont pas les produits d'un art : « *le don de bien parler sur Homère – dit Socrate à Ion – est chez toi, non pas un art... mais une force divine* » (9).

Et Socrate de proposer une comparaison : cette force est un aimant qui provoque en celui qui la subit le mouvement qui le conduit à l'inspiration. L'aimant attire les anneaux de fer, qui s'attirent à leur tour les uns les autres, et forment une chaîne. « *De même aussi, dit Socrate, la Muse fait des inspirés par elle – même (theous), et par le moyen de ces inspirés d'autres éprouvent l'enthousiasme : il se forme une chaîne* » (533 e). Les enthousiastes, juge Platon, n'ont pas leur raison. Inaugurant une tradition que l'on retrouvera jusque chez Kierkegaard et Nietzsche, il compare les enthousiastes à des gens « *pris de transports bacchiques* » (534 a), et parle de « *possession* ». Il compare les enthousiastes aux bacchantes (534 a). Quant aux poètes, ils sont semblables aux abeilles. Platon



Montaigne (vers 1578)
Musée Condé, Chantilly

PHOTO RMN/© RENÉ-GABRIEL OJEDA

(8) Les œuvres de
Philon d'Alexandrie
éd. du Cerf, Paris,
1962, Traité XI, trad.
J. Goretz, p. 71.

(9) Theia dunamis,
533d.

ajoute : « C'est chose légère que le poète, ailée, sacrée ; il n'est pas en état de créer avant d'être inspiré par un dieu, hors de lui, et de n'avoir plus sa raison ; tant qu'il garde cette faculté, tout être humain est incapable de faire œuvre poétique et de chanter des oracles. »

L'enthousiasme est un privilège divin, et ce n'est pas le poète ou le devin qu'il faut louer pour le don qu'ils possèdent, mais bien le dieu lui-même. Dans cet état de l'âme, « c'est la Divinité elle-même qui parle, et se fait entendre à nous » (534 d). Les enthousiastes ne sont rien d'autre que les interprètes des dieux. C'est d'ailleurs pour le montrer avec éclat que la divinité a fait chanter le plus beau poème lyrique par le poète le plus médiocre : Tynnichos de Chalcis. Dans le Phèdre (265 b), Platon distingue quatre types de délire inspirés par les dieux, après avoir séparé le délire dû à un état divin de celui qui est provoqué par des maladies humaines : il y a le délire inspiré par Apollon : celui de l'inspiration divinatoire, celui qui est provoqué par Dionysos qui est à l'origine de l'inspiration mystique, celui qui vient des Muses et sans lequel il n'y aurait pas de poésie, et enfin Aphrodite et Amour sont les sources de la passion amoureuse.

Et c'est ici que nous retrouvons Montaigne. Comme le souligne, en effet, M.A. Screech dans son très beau livre : Montaigne et la Mélancolie⁽¹⁰⁾, un auteur de la Renaissance ne peut manquer de rencontrer sur son chemin la question des extases révélatrices. Non seulement, en effet, l'extase a joué, dès les origines, un grand rôle dans le christianisme, mais les disciplines enseignées dans les écoles avaient leurs maîtres qui faisaient autorité, et beaucoup prétendaient que ces maîtres étaient des génies inspirés. Les textes de Platon, mais aussi ceux d'Aristote, et notamment le Problème XXX faisaient incliner à considérer le génie comme une aptitude privilégiée à être l'objet d'extases et à en tirer profit. C'est une thèse qu'ont défendu, chacun à sa façon, Marsile Ficin, Erasme et Rabelais, pour ne citer que quelques uns parmi les plus grands. Montaigne, quant à lui, est plus prudent, et n'admet cette conception du génie que pour les chrétiens : s'il n'a jamais remis en cause l'idée suivant laquelle la révélation de Paul sur le chemin de Damas soit directement d'origine divine, il tend en revanche à ramener dans les limites de l'humaine nature toutes les formes de génie dont la révélation chrétienne ne nous atteste pas qu'ils sont d'origine divine. Les expressions, si fréquentes à la Renaissance, et qui dénotent le désir de l'âme de s'arracher au corps, comme : « se dissocier du corps », « s'élever », « s'échapper », vont dans le cours des Essais, être considérées comme le signe d'un désir déraisonnable et orgueilleux de l'homme, et non la marque de l'élection divine du génie. M.A. Screech le souligne : « de plus en plus, Montaigne considéra cela comme un désir de s'échapper non du corps, mais de l'homme lui-même, en tant que tel » (p. 19). L'extase renvoie plus souvent à la manie, c'est-à-dire à la folie, qu'à l'enthousiasme.

Ce qui est vrai de l'extase l'est aussi de la mélancolie, terme utilisé par Montaigne pour se peindre lui-même, et qui est à la fois à la Renaissance un mot utilisé pour désigner un tempérament et une maladie. Montaigne se qualifiait lui-même de « mélancolique », et le deuxième chapitre du livre I des Essais est consacré à la « tristesse », tandis que le troisième montre que nos émotions peuvent nous emmener « au-delà de nous ». Montaigne critique la tristesse, qui est toujours nuisible. Comme la mélancolie, qui conduit à elle, la tristesse produit un grand déplaisir.

« De vrai, l'effort d'un déplaisir, pour être extrême, doit étonner toute l'âme et lui empêcher la liberté de ses actions : comme il nous advient, à la chaude alarme d'une bien mauvaise nouvelle, de nous sentir saisis, transis et comme perclus de tous mouvements, de façon que l'âme, se relâchant après aux larmes et aux plaintes, semble se déprendre, se démêler et se mettre plus au large et à son aise, et enfin, à grand peine, la douleur céda le pas à la voix (Virgile, *Énéide*, XI, 151) ».⁽¹¹⁾

Pour les contemporains de Montaigne, un tempérament mélancolique peut tout aussi bien mener au génie que conduire à la folie. L'auteur des Essais craint davantage celle-ci qui guette beaucoup d'êtres humains, qu'il ne voit à travers la mélancolie la marque du génie. Dans le chapitre 2 du livre I toujours, Montaigne déclare, se décrivant lui-même :

« Je suis des plus exempts de cette passion (c'est-à-dire la tristesse), et ne l'ayme ny l'estime, quoy que le monde ayt prins, comme à prix fait, de l'honorer de faveur particulière. Ils en habillent la sagesse, la vertu, la conscience : sot en monstrueux ornement. Les Italiens ont plus sortablement baptisé de son nom la malignité. Car c'est une qualité toujours nuisible, toujours folle, et, comme toujours couarde et basse, les Stoiciens en défendent le sentiment à leurs sages ».⁽¹²⁾

On peut cultiver avec affectation la tristesse mélancolique pour les plaisirs qu'elle donne, et nombre de contemporains de Montaigne ne se privaient pas de le faire. La tristesse mélancolique s'accompagne d'ailleurs souvent d'ambition.

La vraie mélancolie, non affectée, peut conduire au génie, mais aussi à toutes sortes de démences. La distance du génie à la folie est d'ailleurs facile à franchir : le grand poète italien Le Tasse est mort fou, et Montaigne l'a visité dans son asile en Italie. Aristote avait déjà insisté sur la facilité du passage du génie à la folie : au livre XXX des Problèmes, il pose une question à laquelle ont tenté de répondre des siècles de philosophie et de médecine : « Comment se fait-il que tous les hommes qui sont devenus célèbres dans les domaines de la philosophie, de la poésie et des arts soient des mélancoliques ? » Or, Montaigne comme le fait remarquer M.A. Screech : « franchit un pas d'une importance cruciale, en expliquant le génie mélancolique selon les termes de cette folie platonicienne (mania) que les latins appelaient "furor" : ces gens étaient des fous furieux. » Montaigne est plus enclin à considérer le délire du furieux comme le signe d'une maladie, comme la marque de la démence, que comme l'enthousiasme de l'inspiré. Comme il n'aimait pas les excès de boisson, il voit plus dans l'ivrognerie le signe de la bestialité dans laquelle l'homme peut tomber, quand il quitte les limites de l'humaine nature, que la métaphore du génie. En Essais II, 2, on peut lire à la conclusion du chapitre : « Et comme Platon dit que pour néant heurte à la porte de la poésie un homme rassis, aussi dit Aristote qu'aucune âme excellente n'est exempte de mélange de folie. Et a raison d'appeler la folie tout élancement, tant louable soit-il, qui surpasse notre propre jugement et discours » (ibid., p. 334).

On le voit, le texte sur l'ivrognerie est tout entier métaphorique. Pour Montaigne, l'homme n'est rien devant Dieu. Il est manqué. Il est une trace à la poursuite de sa cause. Montaigne interprète le « connais-toi toi-même » de l'oracle de Delphes dans le sens de : « connais ta fragilité » (II, 12, p. 591). Dans cette même Apologie de Raymond de Sebond (II, 12), on peut lire : « Mais qu'est-ce – donc qui est véritablement ? Ce qui est éternel, c'est-à-dire qui n'a jamais eu de naissance, n'y aura jamais fin ; à qui le temps n'apporte jamais aucune mutation. Car c'est chose mobile que le temps, et qui apparaît comme en ombre, avec la matière coulante fluante toujours, sans jamais demeurer stable ny permanente ; à qui appartiennent ces mots : devant et après, et a esté ou sera, lesquels tout de prime face montrent évidemment que ce n'est pas chose qui soit : car ce serait grande sottise et fauceté toute apparente de dire que cela soit qui n'est pas encore en estre, ou qui desja a cessé d'estre » (p. 591).

Seul Dieu est, et l'homme n'est qu'une ombre à la recherche de celui qui seul est. Montaigne ne reconnaît comme « bonne folie » que celle que peint Erasme à la fin de l'Eloge de la Folie : la folie de la croix et celle de ceux qui ont été inspirés par elle. L'enthousiasme est une sortie hors des limites de l'humaine condition, et il faut pour cela l'ivresse de la grâce divine. Celle-ci, l'auteur des Essais estime que seule l'Église catholique peut la reconnaître, et la distinguer des extases présomptueuses des Stoiciens ou de la démence de ceux qui prétendent posséder un savoir ou un talent dont l'humaine condition n'est pas capable.

L'homme doit se contenter de faire usage de sa raison. Montaigne conclut son chapitre sur l'ivrognerie en insistant sur la mesure que l'homme doit respecter en toutes choses : « la sagesse... est un manquement réglé de notre âme... qu'elle conduit avec mesure et proportion, et s'en répond ». Dans l'édition posthume de 1595, on trouve ensuite le paragraphe suivant que Montaigne a ajouté : « Platon argumente ainsi, que la faculté de prophétiser est au-dessus de nous ; qu'il nous faut être hors de nous quand nous la traitons : il faut que notre prudence soit offusquée ou par le sommeil ou par quelque maladie, ou enlevée de sa place par un ravissement céleste ». Cette analyse, tirée du Timée, fait l'éloge de la prudence. Montaigne, qui a toujours préféré l'action et la sagesse pratique aux grands discours, privilégie la prudence, sagesse de l'action. Abstenons-nous donc de l'excès de vin, qui nous empêche d'agir avec la dignité qui est celle d'un être qui sait reconnaître sa déficience ontologique.

(10) Paris, P.U.F., 1992 pour la traduction française de F. Bourgne et J.L. Haquette, le texte anglais est de 1983.

(11) Essais, livre I, chap.2, éd. citée p. 32.

(12) Éd. Thibaudet, p. 30.