



Conférence - Débat

"Les Comportements Addictifs"

Mercredi 15 décembre 2010

Débat avec Michel Lejoyeux

*Professeur de psychiatrie et d'addictologie à l'Université Paris VII
Auteur de « Changer en mieux »*

M. CADOREL.- Merci beaucoup, Monsieur le Professeur, de la clarté de votre discours.

Nous allons prendre les questions dès maintenant car vous devez repartir très vite.

Question.- Chez Air France, il existe une politique alcool, puisque l'alcool est interdit sur le lieu de travail et dans les restaurants d'entreprise et j'espère, dans les cockpits ! J'ai deux questions très courtes. Est-ce vrai que l'alcool est une drogue dure ? Deuxièmement, est-il vrai que le test qui consiste à rester 15 jours sans boire une goutte d'alcool est probant pour savoir si on n'est pas alcoolo-dépendant ?

M. LEJOYEUX.- Ce sont deux très bonnes questions. Le sujet des drogues dures et des drogues douces est une question politique qui suscite des débats passionnés.

Il y a deux critères "d'addictogénicité" d'un produit :

1. la puissance avec laquelle un produit crée une dépendance, notamment une dépendance physique. Dans ce cas, la drogue la plus dure -j'en fais l'expérience tous les jours avec les sevrages menés dans mon service- c'est la nicotine. Il suffit de voir ce formidable sketch de **Gad Elmaleh** où il commence à fumer. Il suffit de commencer à fumer pour, en une semaine, en devenir physiquement dépendant. La plupart des gens dépendants de la cigarette, le sont par une dépendance physique considérable. L'alcool se place sur un niveau un peu intermédiaire.
2. la toxicité comportementale et somatique où là aussi, l'alcool est élevé. Nous avons catégorisé les molécules en fonction de leur dureté ou de leur douceur. Vous savez, il y en a qui vous expliquent que le cannabis est formidable. Oui, on fait juste des psychoses cannabiques, des troubles cognitifs par le cannabis, mais c'est une drogue douce... !

C'est davantage le regard politique que l'on porte sur la drogue. Au niveau de la société et notamment française, la drogue à laquelle nous payons le plus lourd tribut, c'est indéniablement l'alcool.

Sur les effets de dépendance physique, c'est un peu vaseux, sur les effets toxiques, mais sur le déni qui entoure la consommation, la drogue qui nous fait le plus de mal, c'est sans doute l'alcool, parce que c'est un challenge addictologique que de faire cohabiter une consommation normale que l'on ne veut pas du tout remettre en question -je ne prêche pas l'ascétisme ni la non-consommation- et le fait que l'alcool rend malades certaines personnes.

Le paradigme des Alcooliques Anonymes me plaît beaucoup. Je suis très respectueux des mouvements d'anciens buveurs. Je trouve que vous faites les trois-quarts du travail. C'est vous les pros, nous ne sommes que des amateurs là-dedans.

Qu'est-ce qu'ont montré les Alcooliques Anonymes ? Relisez le livre de **Joseph Kessel** avec les Alcooliques Anonymes. Ils ont expliqué le modèle de l'allergie. Tout se passe comme si certains d'entre nous, pour des raisons biologiques, psychologiques ou familiales, étaient allergiques à l'alcool. Dès qu'ils vont commencer à en boire, ils vont avoir cette perte de contrôle. Il faut donc accepter l'idée que l'alcool, qui est une molécule plutôt positive en contexte social, peut donner lieu à une dépendance chez certains.

Sur les 15 jours d'abstinence pour savoir si on est dépendant, c'est vrai pour la dépendance physique et même avant. Les symptômes de sevrage arrivent bien avant 15 jours. Pour la dépendance psychologique, je pense que c'est se donner une fausse sécurité. Avoir besoin d'arrêter 15 jours est

souvent une contorsion. Cette idée ne me séduit pas. Il faut regarder en soi, regarder son comportement, ce qu'il détermine. Des tas de gens arrêtent 15 jours mais sont encore sous l'emprise du désir de ce produit et pendant 15 jours, ils vont lutter et compter "plus que 14 jours, 13 jours". Ceux-là, parce qu'ils tiennent les 15 jours, ne seraient pas dépendants ? Je n'en suis pas absolument sûr.

Question.- Je suis commandant de bord et hypno-thérapeute. Je voulais attirer l'attention sur le côté subconscient des phénomènes d'addiction. C'est quelque chose que je rencontre régulièrement, notamment chez les fumeurs, puisque je travaille régulièrement avec eux. Même des personnes qui ont arrêté de fumer pendant 3 ans, continuent d'avoir un désir profond pour le tabac. La raison est, en général, subconsciente.

De même, je me suis rendu compte que beaucoup de personnes atténuent leur souffrance intérieure par l'alcool. C'est ce qui les rend encore plus agréables dans le contexte convivial d'un pot en compagnie d'autres personnes. Derrière cela, il y a atténuation d'un stress, d'une souffrance. Comment abordez-vous ce problème qui, pour moi, est réel ? Avez-vous une autre vision ?

M. LEJOYEUX.- Je ne suis pas très compétent en hypnose et je suis heureux des informations que vous me donnez.

Quand quelqu'un a été dépendant, je lui dis "vous n'aurez jamais plus une relation normale au produit dont vous avez été dépendant". Les fumeurs le savent, on ne reprend pas modérément. Quand on a été grand fumeur, juste quelques cigarettes, ce n'est pas vrai. On a comme une cicatrice. Nous donnons donc des noms différents au même phénomène.

Concernant "la substance traite l'angoisse", je serai tenté de dire (mon expérience le suggère) que c'est un peu l'inverse. Je dis aux gens qui viennent me voir "je fais le pari avec vous qu'après 15 jours sans alcool, vous allez vous sentir mieux dans votre tête, dans votre corps, dans votre vie familiale, avec vos copains de travail". Au bout de 15 jours, c'est vrai qu'ils se sentent mieux s'ils ont tenu le sevrage. J'ai tendance à proposer le sevrage comme une sorte de pari. Cela raisonne bien avec la psychologie. "Essayons un arrêt".

Méfions-nous. Si on a dans la causalité "je bois ou je fume pour traiter une souffrance", à tous les coups, quand on arrête une dépendance, on diminue la souffrance. A condition bien sûr que ce soit encadré. Il y a évidemment les moments de sevrage, de *delirium*. Tous ceux qui ont arrêté de fumer, connaissent ce malaise au moment de l'arrêt, mais on est gagnant à tout coup. Quand on sort d'une dépendance, on reprend une liberté psychologique et physique, sans parler de l'état de santé très évident au niveau du risque vasculaire et de la peau. Indépendamment même de la cessation des effets toxiques, les personnes dépendantes retrouvent une liberté. Donc, méfions-nous. Il y a un piège relationnel dans lequel je ne tombe jamais, c'est quand on me dit :

"J'utilise l'alcool pour traiter ma souffrance et quand j'irai mieux, j'arrêterai."

"— Non, non. On arrête tout de suite et vous allez voir."

Ce qui n'empêche pas après, d'autres aides, et je n'ai rien contre l'hypnothérapie.

Question.- Je suis responsable d'un secteur de vol navigant commercial.

Vous n'avez pas réagi sur : "nous à Air France, nous avons une politique alcool. Nous interdisons l'alcool sur le lieu de travail, dans les restaurants d'entreprise, etc". Est-ce une politique d'interdire l'alcool au restaurant d'entreprise et espérer qu'il n'y en a pas au cockpit ? Dans le cadre de mes fonctions je commence à peine à avoir affaire à l'alcool avec des navigants commerciaux, et je n'ai

pas l'impression que commencer par l'interdire soit réellement efficace... ? J'aimerais votre réaction.

M. LEJOYEUX.- C'est un peu ce que disait **Churchill** sur la démocratie : c'est probablement la plus mauvaise, mais à l'exception des autres.

Quand je suis arrivé à Bichat, pour éviter le sevrage, on mettait un quart de vin sur le plateau de tous les malades. Je me suis battu un peu contre cela. Ce n'est pas terrible, effectivement, ni très séduisant, l'interdiction, mais cela transmet un message collectif fort : derrière ce produit, il y a une dépendance possible.

Comme toute interdiction, il ne faut pas qu'elle soit dans la culpabilisation ni l'agressivité, mais il faut qu'à un moment donné, nous soyons capables de "dénormaliser" ces substances psycho-actives, et de dire qu'il n'y a pas d'autres choses qui pèsent autant sur la santé publique, que l'alcool et le tabac !

J'utilise souvent cette image. Vous vous souvenez l'an dernier, de ce qu'on nous a dit sur la grippe A. Comparez le nombre de morts de la grippe A et le nombre de morts induits par l'alcool et le tabac. Nous avons un fléau national ! Que nous ayons vis-à-vis de ce fléau national, une vigilance et un affichage collectif qui passent par certaines interdictions, me semble essentiel. Y a-t-il des produits dont on a montré une aussi grande toxicité et vis-à-vis desquels on n'a pas réagi ?

Pour aller jusque bout, je suis d'accord avec l'interdiction mais pas avec la répression. Ce qu'il faut savoir quand on interdit, c'est que ceux qui vont résister, qui vont transgresser l'interdiction, seront probablement les dépendants. Il faut faire attention à ce que l'entreprise ne réagisse pas par la punition -c'est là où les organisations syndicales ont un rôle à jouer- vis-à-vis de ceux qui vont transgresser l'interdit, mais par une proposition de soins. L'interdiction me va bien à la condition qu'elle ne soit pas assortie de quelque chose où, ceux qui sont déjà exclus par leur dépendance, soient, en plus, exclus de leur travail. Interdiction : oui. Punition : non.

Question.- J'ai l'impression que vous nous dites que la France est un modèle marqué par l'alcool parce qu'on est producteur. On peut en dire autant de l'Italie, l'Espagne ou du Portugal. La Russie est un autre modèle.

Boire, c'est souvent au moment du déjeuner et c'est convivial. C'est partager un repas avec un verre. Avant, cela se faisait dans l'espace du travail. J'ai l'impression qu'on nous pousse de plus en plus vers un modèle anglo-saxon : on n'a plus le droit de boire un verre en mangeant. Par contre, on se venge le soir en buvant un ou deux verres pour se remettre du travail et en fin de semaine. Ne développe-t-on pas un modèle anglo-saxon par rapport au modèle latin qui était de boire modérément, mais plus souvent et de façon conviviale ?

M. LEJOYEUX.- Bien sûr. Je ne suis pas sûr que ce soit l'un qui nous ait poussés vers l'autre. Ce modèle anglo-saxon est tout aussi toxique et délétère au plan des fonctions supérieures et du risque de dépendance. Je n'irais pas jusqu'à dire que le fait de boire un verre tous les jours va protéger de la dépendance. Quand on voit les statistiques de la cirrhose, à l'époque de nos parents qui avaient une consommation d'alcool aux repas, on se défendait pas mal en cirrhose !

L'idée, c'est vraiment de faire la différence entre les consommations normales et les consommations pathologiques. Pour ceux qui boivent un verre de manière conviviale, gastronomique... vous avez utilisé un terme très important : "pour se remettre". Si on commence à utiliser l'alcool comme le psychothérapeute qu'on a dans le réfrigérateur, ce n'est pas bon. Si l'alcool est un copain, un consolateur, un psychothérapeute, on est sur une mauvaise pente. Si l'alcool est un nutriment agréable et tonique, cela me va très bien. Méfions-nous donc, ce sont vraiment les deux aspects.

Question.- Je préside le SNMSAC, syndicat des mécaniciens au sol. Je participe actuellement à des travaux à la DGAC, avec d'autres personnes ici, où Jean-Yves a été auditionné, je crois. L'Europe a rendu responsables les opérateurs en cas de risque d'accident aérien dû à l'alcool, aux drogues et aux médicaments. De ce fait, les opérateurs se sont retournés vers la DGAC, et elle a pour mission d'élaborer un rapport pour savoir comment détecter et sanctionner.

Vous avez dit que les organisations syndicales ont un rôle à jouer. Je trouve qu'à Air France, elles se sont engagées. Certaines sont signataires de la charte, je ne vais pas dire "alcool", parce que je n'aime pas ce terme. La charte n'est pas alcool, elle est anti-alcool, pour une prévention de l'alcool.

Par ailleurs, vous l'avez dit, la drogue étant un produit illicite, elle tombe tout de suite sous le coup de la loi et génère des sanctions. Avec le lobbying des vigneron, je ne pense pas qu'on arrivera à faire classer l'alcool en produit illicite,... De plus, c'est un problème bien plus ancien, qui atteint les anciennes générations alors que la drogue atteint davantage les nouvelles.

Comment réduire alors cette consommation -on ne parle pas de dépendance- afin d'assurer la sécurité aérienne ?

Je trouve qu'on est toujours entre deux avec ce problème d'alcool. Soit c'est une maladie et une fois pour toutes, il faut la considérer comme telle et réagir en conséquence, et cela implique que la médecine du travail devra s'engager davantage. J'ai entendu dire que la médecine du travail à la DGAC restait un peu sur la réserve. Soit, l'alcool est un produit illicite que la loi sanctionnera. On est ambigu sur ce positionnement maladie / pas maladie.

Quant aux méfaits des médicaments en matière de sécurité aérienne, c'est tout juste si on ouvre les yeux. On intervient là sur un domaine qui est de la prérogative de la médecine.

M. LEJOYEUX.- Je ne vais pas répondre à la place de mes collègues, médecins du travail. Pour moi, la question est la même pour la toxicomanie et pour l'alcoolisme. L'un et l'autre sont des maladies. Que le législateur décide de judiciariser l'un ou l'autre, de notre point de vue de médecins, d'addictologues... Si les députés, un jour, se mettaient à interdire l'alcool, cela ne changerait rien au problème de l'alcool-dépendance. Il y a vraiment deux points de vue.

Nous devons faire valoir le fait que la consommation répétée et addictive d'alcool ressort du soin et nécessite un soin. Pour aller jusqu'au bout, quand même, c'est un soin un peu particulier, puisque les plus malades n'en veulent pas...

Donc, qu'à un moment, on exerce une contrainte vis-à-vis de ce soin, cela me va bien mais il faut espérer de nos réglementations une solution un peu plus subtile que la contrainte ou la punition, comme par exemple, des aptitudes sous réserve. Je ne sais pas comment on gère au cas par cas.

Le syndicaliste.- On n'a pas entamé le dur là-dessus !

Question- Je suis assistante sociale. Je voulais avoir votre position par rapport aux médecins hospitaliers. J'ai accompagné aux urgences un salarié qui était volontaire pour se sevrer. Ils devaient l'hospitaliser et ils m'ont dit qu'ils le transféraient en gastro-entérologie. Et j'ai eu la mauvaise surprise d'apprendre qu'on l'avait fait sortir deux jours après. Quand j'ai demandé des explications au médecin des urgences, elle m'a répondu que ce n'était pas le protocole de garder les personnes à l'hôpital pour les sevrer. Or, j'ai eu une expérience hospitalière, il y a 10 ans. Je sais que les hôpitaux gardaient les malades pour les sevrer et les envoyer ensuite en cure. Au niveau des soins, quand la personne est volontaire -et là, c'était le cas- on se hâte de saisir le moment ! J'ai donc été très surprise de l'attitude de ce médecin que j'ai trouvé complètement à côté de la plaque.

M. LEJOYEUX.- Tout à fait. Je suis content que nos représentants du ministère l'entendent ! Cela veut dire qu'on n'a pas assez de moyens spécialisés en addictologie. Quand on le leur dit, ils ne nous croient pas, pensant que ce sont des caprices de professeurs qui veulent des services toujours plus grands. C'est à redire et à répéter, ce genre de cas. C'est la réalité !

La participante.- On m'a assuré "qu'on l'hospitalisait" !

M. LEJOYEUX.- On l'hospitalise dans un service qui n'a pas la compétence addictologique, car il y a très peu de lits d'addictologie. Je le dis toujours : on a 10 ou 100 fois plus de lits qui traitent les conséquences de l'addiction que sa cause. Des lits qui vont traiter des cancers du poumon, des cirrhoses, mais on manque de lits en amont, pour traiter la cause de ces maladies. On se bat avec nos amis du ministère là-dessus, mais contre des lobbies médicaux forts.

La participante.- On m'a dit "les constantes sont normales, donc, on le laisse rentrer". J'ai répondu "Attendez, et pour le sevrage que fait-on ?"

M. LEJOYEUX.- Bien sûr. Quand on enseigne ou exerce l'addictologie, je me bats contre des dénis multiples. Je me bats évidemment contre les dénis sociaux, mais aussi contre les dénis médicaux. Nous sommes allés devant certaines instances hospitalières ou universitaires avec la MILDT. Nous ne sommes pas toujours bien reçus en tant qu'addictologues. Heureusement qu'on y va à plusieurs pour se défendre !

M. JACQUET.- Je suis policier. Il y a même des policiers qui se cachent dans la salle ! Je suis l'équivalent dans la police nationale de **Jean-Yves Soldini**, que je remercie pour l'invitation. J'ai un réseau qui s'appelle Amitié Police Entraide Liaison, qui prend en charge les policiers malades alcooliques ou en difficulté avec l'alcool. Mon collègue **Gilbert Eveno** est à côté de moi. Vous voyez, en plus, on est deux ! On se déplace toujours par paire, mais lui est retraité. Il s'occupe de Réseau Ecoute Toxicomanie qui prend en charge les enfants toxicomanes dont les parents sont policiers et qui maintenant s'occupe aussi des policiers.

Cela devrait vous rassurer et démontre au moins que les policiers sont avant tout des êtres humains, soumis aux mêmes pathologies que tous les autres. Je joins là ce que dit le professeur.

Je suis un ancien des Stups, un ancien policier formateur antidrogue et je suis aussi responsable associatif, puisque président d'une association qui s'appelle ABCD, qui prend en charge les toxicomanes et les mineurs délinquants dans le Pas-de-Calais. Oui, nous manquons de lits et de beaucoup de moyens ! Dans le Pas-de-Calais, je suis phagocyté par les cousins du Nord qui nous prennent tout !

A l'ANAS, qui est l'Association Nationale d'Assistance Sociale du ministère de l'Intérieur, nous avons un établissement de soins de suite, le Courbas, spécialisé en alcoologie, en dépression et en soins de suite pour les blessures en service, les maladies invalidantes. On a un peu la même problématique que vous.

Les Stups sont des produits illicites et souvent, nous policiers -ce n'est pas pour nous absoudre du travail que l'on fait- nous orientons les consommateurs d'abord vers les soins et les associations. C'est de cette manière que je suis rentré dans l'associatif. Mais reste le comportement délictueux que l'on ne peut pas laisser passer et qui est prévu par l'article du code de la santé publique qui s'appelait le L 629 et qui a maintenant changé de numéro.

Il ne faut pas oublier que le législateur a toujours prévu les soins pour l'utilisateur de produits stupéfiants, mais on ne peut pas nier le comportement délictueux, à côté. On va le soigner mais s'il a commis 10 vols, on est bien obligé de le sanctionner pour cela. Il ne faut pas que la maladie excuse son comportement, même si celui-ci est induit par sa maladie.

A ce sujet, on va se rappeler d'un commandant de bord, d'une hôtesse ou d'un steward, qui n'était pas très bien dans ses pompes, mais un policier, on s'en souvient encore plus et on l'accepte d'autant moins dans la société !

La question que je pose souvent, est la suivante. Les soigner : oui. Les écouter et les orienter : oui. Mais qu'en fait-on quand ils reviennent des soins ? Les remet-on au même poste de travail ? Faut-il les absoudre de certaines tâches ? En prenant conscience aussi qu'en les leur enlevant, les malades se sentent pénalisés. C'est notre ressenti : dès que l'on se déclare malade alcoolique, la difficulté, c'est de réintégrer le service en récupérant toutes ses facultés. Sans occulter son passé de patient ou de fautif s'il y a lieu, et avec l'aide de la médecine du travail, ne serait-il pas mieux de le réintégrer dans le service avec toutes ses fonctions ?

M. LEJOYEUX.- Je suis très sensible à ce que vous dites. Nous sommes dans le lot commun des maladies chroniques. Un épileptique, c'est un peu pareil. Quand il ne prend pas son traitement, il fait des pertes de connaissance. Nous avançons vers l'idée qu'il faut traiter les addictions comme les autres maladies. Il faut leur donner la vigilance et les possibilités de soins comme les autres, sans catastrophisme. Si vous faites une hypertension et qu'on la traite, on ne va pas vous considérer comme quelqu'un qu'on va sortir de la société, sans nier pour autant votre maladie. Vous l'exprimez très bien.

Question.- Je suis médecin du travail. Je réagis sur notre rôle à jouer au niveau des soins, du dépistage, certes, et de la prévention, mais pas du contrôle. C'est toute l'ambiguïté de la demande européenne aujourd'hui. Certes, les opérateurs sont responsables et nous, médecins du travail, sommes là pour faire en sorte que le travail n'altère pas la santé des opérateurs, mais notre rôle n'est pas de contrôler, d'où toute la difficulté.

M. LEJOYEUX.- Méfions-nous quand même qu'à ne pas contrôler, on ne se retrouve pas dans des cécités volontaires collectives. Je le vis quelquefois à l'hôpital, on ne veut rien voir. Il faut rester dans ce bon sens médical. On n'est pas tellement du côté contrôle, mais parfois, on voit bien comment un collectif professionnel peut se ressouder autour de : lui, on va le protéger. La manière de le protéger, c'est justement la manière de ne pas le soigner.

La participante.- Je parlais du contrôle systématique.

M. LEJOYEUX.- Il y a des dynamiques dans le collectif de travail qui parfois nous échappent pour faire reboire... Il faut aller dans ces dynamiques-là.

M. CADOREL.- Monsieur le Professeur, je vous remercie. Vous êtes attendu maintenant à Bichat.