

Numéro 27 – juin 2008

SPECIAL DÉPENDANCES

Sommaire

Les addictions p. 1
L'addiction par l'alcool p. 6
Bulletin d'adhésion p. 14

Nous sommes tous semblables, tous humains, tous égaux ou presque face à nos émotions, plus ou moins solides pour les affronter ou accepter de s'en séparer.

L'empreinte du passé, la force du présent, la coloration de l'humeur, l'influence de l'environnement... constituent autant de facteurs et de paramètres pour amplifier ou réfréner ces émotions.

Vulnérables, nous le sommes tous à des périodes charnières de notre vie où nous cherchons à éviter une trop grande souffrance. Ainsi, nous sommes tous des dépendants en puissance, car en quête d'un refuge, d'une pause, d'un bien-être perdu quels que soient les moyens. Notre cerveau nous réclame de la tranquillité et ce besoin doit être satisfait.

Pour éviter le vertige des débordements émotionnels, l'addiction peut alors devenir une solution évidente, rapide et efficace dans un premier temps mais utopique et dangereuse à court terme.

LES ADDICTIONS

LES IDEES RECUES

L'addiction, avec ou sans drogue, est une maladie du cerveau. Les dépendances sont pourtant considérées, encore aujourd'hui, avec une forme de mépris. Elles sont regardées comme des maladies honteuses, des « fausses » maladies, parce qu'elles seraient issues d'une absence de volonté de guérir des individus.

En outre, il est toujours demandé aux addictifs de se soigner seuls, de se désintoxiquer par eux-mêmes ou presque. Aidez-vous (sevrez-vous), la société vous aidera... peut-être ! Ainsi, au lieu de les aider, notre société les exclut et même pire, elle les accable. Il n'est donc pas étonnant d'entendre, des patients, des personnels, confier avoir longtemps réfléchi avant d'« oser » franchir la porte du cabinet médical ou de discuter du problème avec les collègues ou la hiérarchie. Au-delà de la honte, c'est la culpabilité qui empêche de faire le premier pas.

Les addictifs sont partagés entre deux sentiments, à savoir entre l'envie d'arrêter (même si cela leur semble insurmontable) et une nostalgie des premiers effets positifs de leur addiction. Ils ne veulent pas se débarrasser de l'objet de leur dépendance mais des conséquences négatives que celle-ci a entraînées. En effet, l'addiction, quelle qu'elle soit (sauf la tabaccodépendance), a des répercussions physiques, psychiques et sociales. Elle coupe du monde, isole, désocialise. Tout ou presque est tourné vers elle, 24 heures sur 24. Ces personnes ne sont plus dans l'envie mais dans le besoin (compulsif). La volonté ne suffit pas pour « décrocher » (risques de convulsions, insomnies, cauchemars, surtout syndromes dépressifs avec perte de toute motivation).

Pour toutes ces raisons, l'addiction doit être traitée comme une vraie maladie.

Les raisons pour lesquelles l'addiction torture la personne au quotidien n'ont plus de rapport, ou très peu, avec les motifs pour lesquels elle avait commencé ses usages et ses abus. Le cerveau s'est transformé, au fil chaotique de l'addiction. Il ne fonctionne plus comme avant. Le sommeil ainsi que l'appétit sont perturbés. L'humeur est modifiée ainsi que la relation aux autres (y compris avec les plus proches). L'idéal de vie et les pensées ont changé. En résumé, le cerveau est malade.

Notre volonté ou celle des autres ne suffit pas à guérir de ces changements fondamentaux. Aider les dépendants, c'est avant tout agir, prescrire, intervenir.

LES MECANISMES DE LA DÉPENDANCE

Nous naissons tous dépendants. Il nous faut de l'oxygène pour respirer, du lait, de la nourriture pour vivre et grandir, de la chaleur. Au fil du temps, nous sommes censés acquérir notre autonomie et notre indépendance. Toutefois, il nous faudra toujours respirer, manger, dormir, nous protéger, aimer et être aimés. Nous avons donc besoin de l'Autre et ainsi devenir dépendants de notre couple, de notre travail.

En plus de ces dépendances vitales, il en existe d'autres que nos comportements excessifs ou la consommation de substances vont créer. Ce sont des dépendances initialement évitables qui finiront par menacer les fondements de l'existence humaine. Elles deviendront, bien malgré nous, nécessaires pour survivre, au risque parfois de mettre en péril notre santé physique et psychologique. Nous n'avons pourtant pas besoin de tabac, d'alcool, de cocaïne, d'ordinateur, de téléphone portable ou de sports extrêmes pour survivre.

Le dépendant n'a plus le choix. Il n'est plus en mesure de modérer ses consommations ou son comportement et encore moins de les arrêter. Les déséquilibres imposés par des mois ou des années d'usage ont modifié irréversiblement son fonctionnement cérébral. De l'utilisateur curieux à la recherche de nouvelles sensations, d'expériences ou de plaisirs inédits, il est devenu un abuseur, profitant des effets des produits ou d'une conduite pour améliorer son quotidien. Aucune personne dépendante, ou presque, n'a souhaité le devenir. Son idéal est de connaître le plaisir, le répéter « à volonté », mais sans avoir à payer le prix de la dépendance.

Notre cerveau réclame de l'émotion (du plaisir) mais aussi de la tranquillité. Il peut obtenir de l'émotion par l'absorption de substances, par un plongeon dans le jeu ou le sport intensif. La personne recommence pour être bien. Quelques mois ou quelques années plus tard, elle recommence pour être « bien ». Elle continue, mais cette fois, dans le but de « ne pas être mal », de pouvoir dormir, travailler, parler aux autres, calmer son affectivité et même sa pensée. En effet, tout cela est devenu impossible sans substance ou sans répétition de la conduite excessive. Le dépendant ne consomme plus ou ne se livre plus à un comportement addictif pour les mêmes raisons qui l'ont poussé à le faire lorsqu'il était au stade du simple usager. L'usage et l'abus l'aidaient à mieux vivre, la dépendance lui permet de survivre.

Quelle que soit l'addiction, le mécanisme qui mène un usager occasionnel à la dépendance reste toujours le même.

Nous avons tous ressenti, un jour ou l'autre, le besoin de connaître de nouvelles expériences pour satisfaire notre curiosité, nous satisfaire ou pour imiter nos aînés ou nos semblables. Le premier usage est dangereux s'il est perçu comme bénéfique puisqu'il donne envie de recommencer, notamment lorsqu'il ne génère aucune complication pour la santé, aucun trouble du comportement.

Le deuxième stade constitue l'abus ou l'usage nocif. Ce passage intervient généralement lorsque notre cerveau a enregistré les conséquences (subjectivement perçues comme utiles et positives par l'individu) de telle consommation de substance ou de tel comportement addictif. L'abus est un bénéfice recherché dans des situations particulières dans lesquelles le sujet se sent plus performant sous l'action d'un produit ou d'un comportement. Il est comparable aux conduites dopantes puisqu'il aide à mieux vivre, à moins souffrir. Contrairement à l'usage, l'abus va modifier l'état de l'individu (irritation, violence...). A l'arrêt de la consommation ou du comportement, le sujet ne ressentira pas de manque intolérable mais un « moins-être », c'est-à-dire la sensation de vivre moins intensément ou moins facilement. C'est la différence entre l'abus et la dépendance.

La dépendance s'installe dès que le sujet ne peut plus se passer de l'objet ou de la substance choisie, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques (état de manque, syndromes de sevrage). En fait, la personnalité addictive regroupe un ensemble de comportements communs que le psychiatre américain Aviel GOODMAN a résumé de la façon suivante :

- Impossibilité de résister à l'impulsion du passage à l'acte addictif ;
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
- Soulagement ou plaisir pendant sa durée ;
- Perte de contrôle dès le début de la crise ;
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - monopolisation de la pensée par le projet et le comportement addictifs ;
 - intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
 - tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
 - temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre ;
 - l'engagement dans le comportement addictif est tel qu'il empêche l'individu d'accomplir les gestes parfois les plus élémentaires (se laver, se nourrir) et le conduit à un désinvestissement social, professionnel et familial ;
 - survenance fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, familiales ou sociales ;
 - poursuite du comportement malgré l'aggravation des problèmes sociaux et en dépit de la connaissance des conséquences négatives ;
 - tolérance marquée, c'est-à-dire besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ;
 - agitation, irritabilité et surtout angoisse si le passage à l'acte est difficile, empêché.

Passer de l'abus à la dépendance signifie ne plus avoir le choix, c'est-à-dire passer de l'envie au besoin. Le besoin est compulsif parce que le sujet dépendant ne pourra pas le réfréner. C'est l'impériosité, la perte de contrôle. Cette tendance est plus ou moins stimulée par certains produits ou comportements dits addictogènes ou boulimiques. Nous connaissons tous l'envie irrépressible de terminer une assiette de cacahouettes même lorsque nous n'avons plus faim. Le goût salé ainsi que le geste entraînent, dans ce cas précis, une répétition qui nous pousse à grignoter de façon machinale et compulsive. Il en va de même avec certaines drogues, comme le crack. Ce produit suscite chez le sujet une excitation telle que le cerveau ordonne de recommencer dans le quart d'heure qui suit. C'est un besoin incontrôlable de recommencer dès que les sensations diminuent. Ces substances ont ce qu'on appelle une « demi-vie ». Plus celle-ci est courte, plus le besoin de consommer à nouveau survient rapidement. « Plus je suis mal, plus j'en ai besoin, et plus j'en prend, plus je suis mal ». Une spirale infernale emprisonne le sujet. C'est le cas de certains

médicaments et du tabac dont les demi-vies diminuent après des années de consommation. Cet effet existe tout autant dans les comportements addictifs.

Cette perte de contrôle d'une consommation ou d'un comportement addictif ne peut donc plus être maîtrisée par la seule volonté du sujet. La psychologie des addictions ne peut être efficace dans un premier temps. Il ne sert à rien de demander à un héroïnomane pourquoi il consomme, à un acheteur compulsif pourquoi il éprouve le besoin de se ruiner dans les magasins... Mettre l'accent dramatique sur les causes d'une dépendance (traumatisme d'enfance, viol, échec affectif ou professionnel...) ne modifiera en rien le comportement du sujet. Ce dernier, quelle que soit la finesse de l'éclairage analytique, risque de n'en retirer qu'une forte culpabilité, celle de savoir et de ne pas pouvoir.

Par ailleurs, les personnes alcooliques peuvent adopter une attitude de défense déroutante pour l'entourage (déni). Le déni est une manière de justifier et de minimiser leur consommation d'alcool. Toutes les critiques et tous les reproches qui leur sont faits deviennent alors, à leurs yeux, autant de raisons de continuer de boire, car ils leur donnent l'impression d'être incompris, mal-aimés ou coupables. En réalité, ils se mentent à eux-mêmes.

L'exemple de Cyril, âgé de 35 ans, est assez symptomatique. Marié depuis 10 ans, deux enfants, il rentre tous les jours de son travail avec un pack de six canettes de bières. L'alcoolisme de Cyril met sa femme hors d'elle, si bien qu'elle est en colère quasiment tous les jours, tout en sachant comment cela va se terminer. Cyril va s'asseoir dans son fauteuil devant la télévision et boit tant qu'il ne s'endormira pas complètement ivre (généralement après avoir « descendu » ses six canettes). Devant les récriminations de sa femme, Cyril se sent agressé et rétorque aussitôt que « de toute façon, c'est toujours pareil ! Tu es d'une humeur de chien, une vraie mégère ! Tu m'étouffes et si tu n'étais pas toujours après moi, je ne boirais qu'une bière ou deux. En fait, je bois pour oublier l'enfer que tu me fais vivre à la maison ». La dispute s'arrête lorsque Cyril sort en claquant la porte pour aller rejoindre ses amis... au bar du quartier.

LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU DANS LE PROCESSUS ADDICTIF

Notre manière de fonctionner explique pourquoi il ne suffit pas de vouloir pour pouvoir. Notre cerveau est constitué de deux régions principales impliquées dans le processus addictif.

Nos réactions cérébrales les plus primaires (les affects, les émotions et le plaisir) naissent dans la première région, ainsi que la plupart des besoins vitaux, comme se nourrir, se défendre et se reproduire. C'est le cerveau des émotions ou cerveau reptilien (au sens animal du terme), à savoir un lieu dénué de raison mais peuplé d'envies et de besoins. Il existe dans le cerveau un circuit dont le rôle est de récompenser ces fonctions vitales par une sensation agréable (circuit de la récompense). Les émotions de plaisir, de joie de tristesse, le soulagement ou l'excitation procurée par une drogue ou un comportement addictif quel qu'il soit s'inscrivent donc dans le cerveau reptilien.

Au dessus du cerveau reptilien se situe le cortex, la tour de contrôle, le spécialiste du « il faut ». Nos grandes idées, notre raison, nos valeurs, notre morale, ce qu'il faut faire ou ne pas faire, notre volonté, nos idéaux, nos dogmes, etc... se localisent dans le cortex.

En conséquence, il existe chez l'homme un conflit permanent entre le cerveau reptilien et le cortex, la raison contre la sensation. Ainsi, notre cortex va nous intimer l'ordre de sortir du lit un matin d'hiver glacial pour aller travailler alors que notre cerveau reptilien va nous pousser à rester dans ce lit bien douillet et chaud. Nous allons être tiraillés entre l'envie

de rester dormir et l'obligation de nous lever. Il en est de même pour la dépendance. Le cortex nous ordonnera d'arrêter une conduite addictive parce qu'elle est dangereuse pour la santé, tandis que notre cerveau reptilien nous demandera, au même moment, de la poursuivre parce que « c'est bon et ça fait du bien ».

Or le cortex ne gouverne pas le cerveau reptilien. Il le tyrannise sans pouvoir le dompter. Le cerveau reptilien ne cède que s'il y a danger de mort. S'il n'est pas question de survie, il prend l'ascendant sur le cortex. La raison et volonté n'ont que peu de prise sur les émotions éprouvées. L'explication vient du fait que le cerveau reptilien renferme la plupart des neurones à dopamine de notre cerveau. La dopamine est une molécule aux multiples fonctions. Elle participe au contrôle de l'activité locomotrice. Un taux normal de cette molécule équivaut à une bonne locomotrice alors qu'un déficit entraîne, entre autres, la maladie de Parkinson. Elle régule surtout l'ensemble des états émotionnels, dont le plaisir. Elle favorise aussi l'excitation, la confiance en soi, la réactivité et le dynamisme. Dans ce domaine, la dopamine se rapproche de l'adrénaline, autre molécule que nous sécrétions dans les situations de peur subite, de grande tension, de stress pour pouvoir survivre et agir face à une situation de danger. Tous les comportements ou substances susceptibles de déclencher une dépendance chez l'homme ont en commun une propriété. Ils augmentent la quantité de dopamine dans le cerveau reptilien. Une brusque élévation ou une brusque diminution du taux de dopamine dans nos neurones amplifie ou anesthésie nos émotions et modifie notre (dés)équilibre initial. L'action des différents produits addictifs sur les neurones d'origine explique, par conséquent, le plaisir ou l'apaisement éprouvé lors de leur prise.

En outre, il existe dans le cerveau reptilien, les endorphines, génératrices de bien-être et de sérénité. Le plaisir, l'excitation, l'ivresse, la quiétude, tous les « bienfaits » que peuvent susciter une consommation de substance psychoactive ou un comportement excessif restent donc nichés dans notre cerveau reptilien sans vraiment obéir au cortex. L'animal l'emporte sur l'homme moderne.

Le dépendant ne sera jamais certain d'être à l'abri d'une nouvelle crise à l'arrêt d'une addiction et bien des années plus tard. Les sensations restent stockées dans une partie très précise de notre cerveau reptilien. Au moindre stimulus, elles ressurgissent. Il suffit d'une odeur, d'une sensation ou tout simplement du souvenir des effets apaisants ou excitants d'un produit ou d'une situation pour que l'envie de recommencer nous reprenne. Ainsi, « l'alcool c'est comme la bicyclette. Même si tu as marché à pied depuis des années, si tu reprends ton vélo, tu te remets tout de suite à pédaler. Tu es abstinent : si tu reprends un verre, tu boiras tout comme avant ».

A cet effet, l'histoire de Jean-Michel est terriblement banale. Après onze ans d'abstinence la plus totale, il a voulu boire une coupe de champagne à l'occasion du jour de l'an. Il a alors très vite retrouvé certaines « sensations » qu'il croyait avoir oubliées. Cependant, pensant être définitivement tiré d'affaire, il s'est remis à boire quelques verres dans les jours qui ont suivi. Trois mois plus tard, il était hospitalisé pour une nouvelle cure de sevrage.

La dépendance est donc l'impossibilité spontanée d'un cerveau de revenir à un fonctionnement antérieur à l'addiction sans une aide médicale efficace. La pression et l'amour de l'entourage, la morale familiale, religieuse ou sociale, la connaissance des méfaits et des risques n'y peuvent rien ou presque.

Selon un praticien de renom, les addictions concernent avant tout les personnes « hypersensibles ». Dans leur grande majorité, il s'agit de personnes « à fleur de peau », en état de cogitation ou de rumination permanente. Elles ne connaissent pas la tranquillité de

l'esprit. Selon un autre praticien, tous ceux qui ont développé un alcoolisme sont des personnes qui souffrent d'angoisses quasi permanentes.

Les drogues qu'elles consomment ou les comportements addictifs qui les gouvernent semblent s'être imposés comme un « airbag », un baume intime apaisant, une tentative légitime de paix, une bande d'arrêt d'urgence sur l'autoroute de leurs émotions et de leurs pensées incessantes et exténuantes. A l'usage, la bande d'arrêt d'urgence se révèle plus dangereuse que l'état antérieur.

L'ADDICTION AVEC L'ALCCOL

LES DANGERS D'UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

L'alcool a été découvert il y a fort longtemps puisque la bière remonte au moins à quatre mille ans avant Jésus-Christ. Dès l'invention préhistorique de la boisson fermentée, les propriétés ébrieuses et euphorisantes de l'alcool étaient sûrement connues, aussi bien que les excès qu'elles entraînaient.

Pourtant jusqu'à son invention en 1849 par le médecin suédois Magnus HUSS, l'« alcoolisme », en tant que maladie somatique, n'existe pas, tout simplement parce qu'il n'y avait jusque-là pas de mot pour le désigner. Le milieu du XXème siècle a vu s'affirmer l'aspect psychologique de la maladie. Les conséquences somatiques de l'absorption exagérée d'alcool ne sont plus l'essentiel de l'alcoolisme.

Le français ne considère en général pas l'alcool comme une drogue. Attaquer le vin, c'est attaquer la France. Pourtant l'alcool, par une consommation excessive, menace la vie sociale et personnelle des consommateurs, par violences individuelles ou collectives par détérioration intellectuelle et ébriété. L'alcool tue également des dizaines de milliers de personnes par an.

Pour les neurobiologistes, l'alcool est une drogue « sale ». Il interfère avec de nombreux systèmes chimiques cérébraux et pas uniquement avec le système dopaminergique. Il est extrêmement dangereux pour nos cellules vivantes à moyen terme. Une des particularités les plus visibles de l'alcool est son pouvoir d'ébriété. Il est également une substance attractive, avec une action quasi immédiate sur la relation à l'autre.

La relation d'un sujet avec l'alcool comporte schématiquement deux trajectoires principales. La première et la plus fréquente, est celle du glissement progressif du plaisir vers l'aliénation. Le sujet passe du verre festif à l'abus d'alcool, produit dopant face à un quotidien pesant, puis à la dépendance physique et psychique.

La seconde trajectoire n'est pas exceptionnelle. A la suite d'un traumatisme émotionnel (perte d'un proche, divorce ou séparation, licenciement ou échec professionnel), l'alcool devient le pansement idéal d'une douleur psychologique. Ce pansement anesthésiant permet de stopper la rumination post-traumatique étouffante, l'idée omniprésente de deuil, de manque, de dévalorisation ou d'impossible présent. L'alcool est le plus puissant des anxiolytiques mais il est déprimant.

L'alcoolodépendance est une maladie encore difficile à traiter. Sa dangerosité est majorée par l'absence de traitements spécifiques efficaces pour le plus grand nombre. On ne lui connaît pas de traitement de substitution, ni de patch à l'alcool. Il n'existe pas de recette magique pour arrêter sa consommation d'alcool. Cependant, si cette dépendance est diagnostiquée et traitée de façon précoce, elle sera d'autant plus facile à enrayer.

LA MALADIE ALCOOLIQUE

Les causes de l'alcoolisme sont multiples. Elles peuvent se retrouver autant dans la personne elle-même (aux niveaux génétique, biologique et psychologique) que dans son environnement (aux niveaux social et culturel).

Il existe au départ une fragilité biologique qui définit ce qu'on appelle une vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool. Ainsi, si l'on prend dix individus différents à qui l'on va faire boire de l'alcool de façon régulière, seuls un ou deux vont devenir alcooliques, c'est-à-dire dépendants, présentant une conduite addictive. Fragiles au départ, vulnérables, ils font alors une rencontre fâcheuse avec le produit.

A cette fragilité biologique va s'ajouter une fragilité psychologique, marquée par une personnalité addictive.

Enfin, une fragilité sociale vient compléter le tableau. Cette dernière est en relation étroite avec l'environnement et le niveau de stress de la personne (problème de couple, par exemple).

Lorsque la personne se retrouve au carrefour de ces trois ensembles, il y a de gros risques pour qu'elle sombre dans l'alcoolisme.

On décrit deux types de consommateurs excessifs d'alcool :

- les épisodiques (ivresse) qui ne s'y livrent que périodiquement ;
- les permanents, encore appelés consommateurs à risques.

Il faut distinguer les effets de l'alcoolisation aiguë de ceux de l'alcoolisme chronique.

L'alcoolisation aiguë (état d'ébriété)

Elle n'est pas obligatoirement liée à une intoxication chronique mais témoigne de la présence d'une certaine dose d'alcool dans le sang à un moment donné. En effet, l'alcool n'est pas à proprement digéré et passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins en quelques minutes. Ce pouvoir d'ébriété est variable selon les usagers.

Il est à l'origine de signes neuro-psychiatriques, de l'euphorie en passant par des troubles neuro-sensoriels (troubles visuels), moteurs (incoordination motrice) et psychiatrique (confusion) allant crescendo. Le risque d'accident est majeur.

L'alcoolisation aiguë est reconnaissable par l'odeur de l'haleine, des troubles du comportement et de l'élocution, une démarche incertaine, une excitation, une agressivité verbale, une somnolence, des propos plus ou moins cohérents.

Le consommateur excessif peut évoluer en trois phases vers la dépendance alcoolique :

- **Phase 1** : aucun dommage apparent n'apparaît ;
- **Phase 2** : des difficultés d'ordre relationnel, social, professionnel, judiciaire apparaissent ;
- **Phase 3** : la personne est devenue incapable de réduire ou d'arrêter sa consommation, malgré la persistance des dommages.

L'alcoolisation chronique

Elle correspond à une prise régulière et quotidienne d'alcool, un peu plus tous les jours. L'alcool devient indispensable, créant une véritable dépendance.

On peut être malade sans être jamais ivre. Un grand nombre de personnes devient progressivement dépendantes sans jamais présenter les manifestations visibles d'un état d'ébriété aiguë ou d'un trouble du comportement.

Les signes ne sont pas spécifiques :

- aspect général plus négligé, hygiène parfois précaire, dégradation physique ;
- complications liées à une consommation supérieure à ce que l'organisme peut tolérer : atteinte de la capacité de vigilance et de la mémoire, troubles de la marche et de la coordination des mouvements, vertiges, troubles divers (digestifs, cardio-vasculaires, immunitaires, nutritionnels, sexuels, neuropsychiques) ;
- perte de l'efficacité au travail, détérioration de la qualité du travail, rythme du travail irrégulier, manque de concentration, non respect des délais ;
- consommation d'alcool sur le lieu de travail ;
- incident, accident ou faute professionnelle mettant en évidence le problème ;
- manque d'assiduité au travail (retard, départ prématuré, abandon du poste de travail, absentéisme fréquent pour raisons vagues peu plausibles ou non expliquées) ;
- troubles du comportement, difficultés relationnelles : tentative pour éviter la hiérarchie, plainte des collègues, réactions inappropriées, refus d'aborder le problème... ;
- problèmes personnels (familiaux, financiers...).

L'ALCOOLISME SUR LES LIEUX DE TRAVAIL ET LA LOI

Les dispositions du code du travail qui traite de l'alcoolisme sur les lieux de travail sont applicables aux fonctionnaires. Elles répondent à différentes préoccupations telles que :

« Aucune boisson alcoolisée autre que le vin, la bière, le cidre et le poiré n'est autorisée sur le lieu de travail » (article R 4228-20 du code du travail).

Le Conseil d'Etat considère que l'obligation qui est faite aux responsables d'assurer le respect de cette interdiction ne saurait, toutefois, justifier la mise en place d'une procédure de contrôle de l'état d'ébriété des agents de manière systématique et générale.

Serait en revanche légale une procédure de contrôle qui serait limitée aux personnels occupés à l'exécution de certains travaux ou à la conduite de certains engins, dans le cas où l'imprégnation alcoolique constitue un danger pour les intéressés ou leur environnement (cette procédure n'ayant pour objet que de prévenir ou de faire cesser une situation dangereuse).

Le dépistage pour les postes à risque doit être strictement encadré et fait dans un cabinet médical. Il doit satisfaire à toutes les règles d'éthique médicale et l'agent doit être non seulement informé mais également consentant. Le prélèvement peut être urinaire. Toutefois, l'éthylotest peut également être employé, notamment avant que l'agent prenne le volant.

« Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse » (article R 4228-21 du code du travail).

« L'employeur met à la disposition des travailleurs de l'eau potable pour la boisson » (article R 4225-2 du code travail).

LES RESPONSABILITES

Tout état d'ivresse d'un agent dans l'exercice de ses fonctions peut mettre gravement sa sécurité ou celle de ses collègues en péril. Ceci est particulièrement important lorsqu'il est amené à conduire un véhicule ou lorsqu'il est affecté à un poste de travail nécessitant une vigilance permanente.

La responsabilité du supérieur hiérarchique peut être engagée, car il doit prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs (article L 4121-1 du code du travail).

Le Conseil d'Etat a conclu qu'un état d'imprégnation d'alcool constituait une faute personnelle lourde qui faisait perdre au fonctionnaire le bénéfice de la législation sur les accidents de service. De plus, l'ivresse constitue un agissement fautif susceptible de donner lieu à sanctions disciplinaires.

Toutefois, lorsque l'administration invite un fonctionnaire en état d'ébriété à regagner son domicile, si elle ne prend pas la précaution de vérifier que le comportement de l'agent n'est pas susceptible d'entraîner un risque pour lui-même ou pour autrui, la responsabilité du chef de service pourrait être mise en cause.

A noter que le salarié ne doit pas pourtant rester inactif. En 2007, un cadre et un salarié qui avaient laissé un employé en état manifeste d'ébriété quitter le lieu de travail au volant de sa voiture ont été condamnés pour non assistance à personne en danger. Toute personne constatant une situation de cette nature doit donc immédiatement prendre des mesures de sauvegarde.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ALCOOLIQUES

La prise de conscience

Partager le quotidien d'une personne alcoolo-dépendante est une épreuve difficile à vivre, quasiment insurmontable. Le diagnostic tant redouté tombe comme un couperet. Il est impossible d'aider un alcoolo-dépendant s'il ne le souhaite pas. Aussi longtemps qu'il se trouve des excuses pour boire, il ne pourra absolument pas aborder son vrai problème de dépendance.

Il ne faut pas rester spectateur de la descente aux enfers d'une personne alcoolo-dépendante. Le silence est parfois plus nocif que l'alcoolisme lui-même. La mise en place d'un dialogue peut déclencher une certaine prise de conscience vis-à-vis d'une consommation excessive d'alcool. La discussion est à éviter en période de consommation massive ou d'ivresse. En outre, il ne sert à rien de cacher les bouteilles d'alcool dans un placard fermé à clef. La plupart des alcooliques consomme au bistrot ou achète de l'alcool dans un supermarché avant de rentrer chez eux. Toutefois on peut parvenir à le motiver. Pour cela, il faut :

- *Renforcer sa motivation.* Une importante motivation est essentielle pour arrêter de boire. Cela commence par la prise en compte de son ambivalence. La personne alcoolo-dépendante identifie des défauts mais aussi des qualités à son comportement. Il faut donc l'aider à mesurer le poids réel des « bénéfiques » et des « inconvénients » liés à l'alcool. Il faut aussi renforcer son sentiment de liberté de choix. Il est important de la rassurer sur sa capacité de réussite (c'est ce qu'on appelle le « sentiment d'efficacité personnelle »). Enfin,

il faut dépister les craintes inavouées, telle que la survenance d'angoisses lors du sevrage, par exemple.

- *Le préparer à l'arrêt de l'alcool.* Pour que la personne alcoolo-dépendante puisse progresser dans sa quête de sevrage, il est essentiel qu'elle prenne conscience de ses propres habitudes au quotidien. L'outil idéal est alors l'agenda de toutes ses consommations sur une période donnée (une semaine peut suffire). Cela permet d'identifier de manière précise quelles situations déclenchent les prises d'alcool (conflit, dispute, évènement heureux, angoisse...).

- *Eviter les situations à risques.* Une fois ces situations identifiées, il faut essayer de les éviter, sans forcément insister dans un premier temps sur la nécessité de réduire la consommation d'alcool de la personne. Ainsi, il pourra suffire de lui proposer une écoute si elle se sent angoissée, plutôt que de se ruer sur une bouteille. Cette démarche peut lui permettre de commencer à gérer son comportement et de modifier petit à petit son schéma cognitif.

- *Développer le lien social.* Il est essentiel, pour une personne alcoolo-dépendante, de mettre en place un soutien social en annonçant notamment son désir d'arrêter de boire. La recherche d'aide parmi les proches est primordiale (collègues, famille, amis et professionnels de santé). Les encouragements sont précieux et il ne faut pas hésiter à demander à l'entourage de faire preuve d'indulgence face à l'irritabilité inévitable de la personne qui envisage de se sevrer (les colères, les disputes et les conflits risquant de précipiter la rechute).

- *Gérer ses envies de boire.* Cela nécessite un apprentissage et quelques précautions. Il faut notamment éviter les situations favorisantes, à savoir éviter les autres buveurs (copains de bar), développer des activités de remplacement, éviter les moments d'angoisse et d'isolement, pratiquer des activités physiques. Il faut savoir que l'envie de boire est très forte et peut survenir à n'importe quel moment de la journée dans les premiers temps.

Pour autant l'entourage ne doit pas tout accepter et pour cela garder une vie sociale. Ainsi un comportement inadapté, d'éventuelles violences verbales et/ou physiques, des alcoolisations massives au domicile... ne sont pas tolérables. Il est important de maintenir ses activités habituelles et de privilégier une bonne hygiène de vie.

L'objectif : l'abstinence totale

Une cure de sevrage permet à la personne alcoolo-dépendante de bénéficier d'un arrêt total de sa consommation sous contrôle médical. Elle arrive dans un lieu de soins en général poussée par son entourage. Bien souvent, avant même de commencer la prise en charge, de nombreuses personnes alcoolo-dépendantes se fixent comme objectif premier de « contrôler » leur consommation. En réalité, cette faculté ne leur est plus offerte. L'abstinence doit être totale et signifie qu'il ne faut plus envisager de se rabattre sur la bière dite sans « alcool » qui en fait contient une faible quantité, suffisante pour maintenir la dépendance ou sur d'autres boissons moins alcoolisées (cidre, par exemple). Les babas au rhum, potée au vin blanc ; bœuf bourguignon, crêpes flambées... sont également à proscrire.

Le soutien de la personne alcoolo-dépendante et de ses proches

Le sevrage est un bouleversement physiologique et psychologique et constitue une période très douloureuse pour le patient. Le psychisme perd peu à peu sa composante alcoolique et la déshydratation physique s'accompagne d'une sorte d'assèchement du psychisme. La souffrance et l'angoisse sont intenses.

Le chemin qui mène à l'abstinence est long, tortueux et souvent émaillé de réalcoolisations plus ou moins ponctuelles. On considère qu'il faut au moins six mois pour

que l'abstinence commence à se stabiliser. L'entourage peut se sentir mal pendant deux ans en l'absence de soutien. En réalité, les angoisses, donc les pulsions à boire, continuent à se manifester. Les alcooliques demeurent des personnes d'une extrême émotivité même après une longue durée d'abstinence. L'abstinence peut être vécue comme une amputation. C'est un renoncement douloureux à une partie de soi que l'on a coupée.

Il existe de nombreux groupes d'entraide qui informent les personnes dépendantes et leurs proches sur l'alcoolisme et les risques qui s'y rapportent.

Adresses utiles

■ ALCOOLIKES ANONYMES

21, Rue Trousseau

75011 PARIS

Tél. : 01 48 06 43 68

Site internet : <http://www.alcooliques-anonymes.fr>

Les « AA » sont une association d'hommes et de femmes qui partagent leur expérience dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres personnes à se rétablir de l'alcoolisme. La seule condition requise est le désir d'arrêter de boire. Il s'agit de transformer le buveur en non-buveur à travers un programme thérapeutique prévu en douze étapes.

Les AA constituent un mouvement international très important puisqu'ils sont plus de 2 millions dans le monde, répartis dans 134 pays. En France, ils sont plus de 10 000 répartis dans 600 groupes. Ils appartiennent à toutes les classes sociales, et la proportion de femmes y est importante (près de 40 %). Ils travaillent également en collaboration avec des médecins.

■ ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE (ANPAA)

20, Rue Saint-Fiacre

75002 PARIS

Tél. : 01 42 33 51 04

Site internet : <http://www.anpa.asso.fr>

L'ANPAA est une association privée subventionnée par l'Etat et les grands organismes sociaux. Elle est largement décentralisée et cherche à promouvoir en France une politique globale de prévention à l'égard de l'alcoolisme. Chaque année, elle fait de l'information en milieu scolaire,

professionnel et dans les milieux à risques. Elle veille à ce que la législation (publicité illicite, code des débits de boisson) soit respectée. Un service documentation regroupe et diffuse toute une information en alcoologie. L'ANPAA édite la revue trimestrielle *Alcool et santé*.

■ INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES)

42, boulevard de la Libération

93203 SAINT DENIS CEDEX

Tél. : 01 49 33 22 22

Site internet : <http://www.inpes.sante.fr>

L'INPES est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de santé publique fixées par le gouvernement. Ses objectifs sont les suivants :

- répondre aux besoins de la population en matière de prévention et d'éducation pour la santé ;
- favoriser les initiatives et les innovations décentralisées permettant à la promotion de la santé de s'inscrire dans la réalité quotidienne ;
- associer véritablement à son action tant les professionnels de la santé que les usagers.

L'INPES crée et édite des affiches, des brochures, des dépliants, des tracts, des autocollants, des jeux et du matériel éducatif (films, diaporamas, etc).

■ LA CROIX D'OR FRANCAISE

10, rue des Messageries

75010 PARIS

Tél. : 01 47 70 34 18

Numéro vert : 0821 00 25 26

Site internet :

<http://perso.wanadoo.fr/croixdoridf/croixdoridf>

Cette association (d'origine catholique) se définit comme un « mouvement d'aide et d'accompagnement aux personnes en difficulté avec l'alcool et à leurs familles ».

La Croix d'Or Française compte environ 11 000 membres actifs. Elle est présente dans plus de 70 départements. Ses sections locales ont des initiatives multiples (groupes d'accueil et de discussion, films, visites à l'hôpital et à domicile, animation de groupes de jeunes...)

La Croix d'Or Française dispose d'un journal trimestriel qui s'intitule *Alcool assistance*.

■ **MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (MILDT)**
7, Rue Saint-Georges
75009 PARIS

Tél. : 01 44 63 20 50

Site internet :

<http://www.drogues.gouv.fr>

Pour traduire l'extension de ses missions à l'ensemble des produits psycho-actifs, la MILDT a mis en place un service national d'accueil téléphonique. Drogues, alcool, tabac Info Services, anciennement Drogues Info Services. Pour y accéder, il suffit de composer le 113, numéro anonyme et gratuit. Il est également possible de poser des questions à la rubrique « vos questions réponses » sur le site Internet. Ce même service propose de nombreuses informations sur l'alcool, le tabac et les drogues.

■ **SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE (SFA)**

Princeps Editions
64, Avenue du Général-de-Gaulle
92130 ISSY LES MOULINEAUX

Tél. : 01 46 38 24 14

Site internet :

<http://www.sfacologie.asso.fr>

La SFA contribue au développement multidisciplinaire de l'alcoologie. Autour de l'usage et du mésusage de l'alcool, ses

travaux s'intéressent à la prévention, à la thérapeutique, à l'évaluation et, au-delà de l'alcoologie clinique, à l'étude de tout ce qui concerne cette substance. Les polyconsommations et les codépendances l'ont amenée à se placer dans le champ le plus large des addictions. La SFA participe à l'information et à la formation tant initiale que continue et se veut un lieu d'échanges où s'expriment aussi bien les recherches les plus ciblées que les expériences pratiques.

Elle apporte son expertise aux enjeux de santé publique et communique, au plan national et international, avec d'autres associations du champ de l'alcool et des addictions (tabac, toxiques illicites, abus de psychotropes).

■ **SOCIETE FRANCAISE DE LA CROIX BLEUE**

189, rue belliard

75018 PARIS

Tél. : 01 42 28 37 37

Site internet : <http://www.croixbleue.fr>

Chaque membre de la Société Française de la Croix Bleue (d'origine protestante) s'engage par écrit renouvelable à une « abstinence à durée déterminée ». Cette association prône le principe de complémentarité avec les autres mouvements. Elle comporte plus de cent sections locales regroupées, dont treize groupes régionaux. Son impact est plus marqué au nord de la Loire. La Société Française de la Croix Bleue gère deux centres de postcure pour hommes et un pour femmes. Le journal du mouvement s'intitule *Le libérateur*.

■ **VIE LIBRE**

8, impasse Dumur

92110 CLICHY

Tél. : 01 47 39 40 80

Site internet :

<http://perso.wanadoo.fr/vie.libre>

Créée en 1953 en dehors de toute appartenance politique ou religieuse, Vie Libre est un mouvement familial de guérison de l'alcoolisme, de prévention et de promotion individuelle et sociale.

Vie Libre accompagne les malades dans leur démarche de guérison (participation à

des groupes de parole). Il est proposé aux malades de prendre des responsabilités, et notamment d'aider d'autres malades.

Le mouvement Vie Libre insiste sur la nécessaire collaboration avec les

médecins et le corps paramédical, assure des visites à l'hôpital. Il collabore avec les associations nationales d'éducation populaire. Vie Libre édite également un journal bimestriel intitulé *Libre*.

A noter que tous les mouvements néphalistes ont un idéal établi sur la base de vivre libre de l'alcool grâce à une entraide, une amitié sans faille.

Les alcooliques Anonymes y ajoutent une spiritualité en reconnaissant leur impuissance devant l'alcool. Les alcooliques s'en remettent à une « puissance supérieure ». Celle-ci peut être Dieu, quel qu'il soit, pour certains et pour d'autre une référence agnostique, c'est-à-dire sans contenu.

Enfin, à ces mouvements on peut ajouter les Comités Départementaux d'Education à la Santé (CODES) dans chaque département. En plus de conseiller les personnes concernées, ils les peuvent orienter vers les acteurs locaux de soin.

snaf-snaf@wanadoo.fr

5 juin 2008

BULLETIN D'ADHESION – Année 2008

NOM : Prénom: Tél :

Adresse : CP: Ville:

Adresse Email :

Grade: DT : Agence

Pour les agents à temps partiel, la cotisation est au prorata du temps de travail

Je travaille à temps partiel : %

*** J'ai été imposable sur mes revenus 2006**

Mon indice figurant sur ma fiche de paie X 0,26 = €

*** Je n'ai pas été imposable sur mes revenus 2006**

je joins copie de mon avis de non-imposition

Mon indice figurant sur ma fiche de paie X 0,12 = €

Je suis nouvel adhérent

Je suis déjà adhérent

Je suis retraité, la cotisation est de 20 €

Je désire soutenir le SNAF-UNSA-Forêts, je joins un chèque de €

Chèque à libeller à l'ordre du SNAF-UNSA-Forêts.

Date et signature

**Adresse d'envoi : Trésorerie SNAF-UNSA-Forêts
Maison Forestière de Wisches – 33 rue de la Forêt - 67130 WISCHES**

AVANTAGES ADHERENTS : Assurance GMF protection pénale pour faute non intentionnelle
Adhésion à l'A.D.E.I.C. association nationale de consommateur