

Conduites addictives et travail

Les 6 et 7 octobre 2005

Au Nouveau Siècle à Lille

Institut National de Médecine Agricole

14 rue Auguste Comte - 37000 Tours

☎ 02 47 66 61 07 - 📠 02 47 66 08 28 - contact@inma.fr – www.inma.fr

Institut de Santé au travail du Nord de la France

1 avenue Oscar Lambret - 59037 Lille cedex

☎ 03 20 44 55 94 - 📠 03 20 44 55 91 - istnf@wanadoo.fr – www.istnf.fr



CONDUITES ADDICTIVES ET TRAVAIL

Jeudi 6 octobre 2005

Modérateur : Dr G. Abadia, Médecin conseiller technique, Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), Bagnole

Accueil - introduction

Pr P. Choutet, Président de l'Institut National de Médecine Agricole (INMA)
Mme M.F. Donnaint, Présidente de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) du Nord
Mr D. Percheron, Président du Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Troubles addictifs : aspects conceptuels et opérationnels

Dr T. Danel, Psychiatre, Addictologue, Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie (GRAA) du Nord-Pas de Calais

I

Responsabilité des entreprises, de l'individu vis-à-vis des conduites addictives au travail

Pr P.Y. Verkindt, Professeur de Droit social, Faculté des Sciences juridiques, politiques et sociales, Université Lille 2

II

Mise au point en addictologie : terminologie, nouveaux usages

Dr A. Trichard, Praticien hospitalier, Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU Lille

III

Ivresse et enthousiasme

Pr R. Daval, Professeur de philosophie, Université de Reims

IV

Modérateur : Pr P. Frimat, Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU, Université Lille 2, Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)

Etude de la consommation de psychotropes en milieu agricole

Dr M. Jeantet, Médecin conseiller technique national, CCMSA, Bagnole

V

Consommation et pratique de prescription de psychotropes : données du régime général de la sécurité sociale

Dr J. Lecadet, Direction régionale du service médical d'Auvergne, Caisse Nationale d'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

VI

Etude de la prévalence de la consommation de produits altérant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas de Calais

Dr L. Labat, Praticien hospitalier, Laboratoire de toxicologie et génopathies, CHRU, Lille
Dr B. Fontaine, Médecin du travail, AMEST, Animateur groupe ISTNF « toxicomanie et travail », Lille

VII

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

Dr C. Devos et Dr N. Masson, Médecins du travail, MSA du Pas de Calais, Arras

VIII

Quelle couverture sociale pour la pathologie addictive ?

Mme K. Nguyen, Assistante sociale, Hôpital Fernand Widal, Paris

IX

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

Pr D. Bertrand, Médecin National, CCMSA, Bagnole

X

Jeudi 6 octobre 2005 - Ateliers

- N° 1 - Jeunes, cannabis et vigilance** **Atelier 1**
Dr A. Benyamina, Addictologue, Département Psychiatrie et addictologie,
Hôpital Paul Brousse, Villejuif
- N° 2 - Outils de dépistage : méthodes, matériels, Quelles utilisations ?** **Atelier 2**
Pr M. Lhermitte, Laboratoire de toxicologie et génopathies, CHRU Lille
Dr B. Fontaine, Médecin du travail, AMEST, Animateur groupe ISTNF
« toxicomanie et travail », Lille
Mr L. Humbert, Ingénieur au Laboratoire de Toxicologie et de génopathies, CHRU Lille
Dr L. Labat, Praticien hospitalier, Laboratoire de toxicologie et génopathies, CHRU Lille
- N° 3 - Cas cliniques en entreprises** **Atelier 3**
Dr M. Liénard, Addictologue, Département d'Alcoologie et de conduites addictives,
CH du Pays d'Avesnes, Avesnes sur Helpe
Dr A. Doublet, Médecin du travail, AIST Hénin Beaumont-Carvin
Dr E. Hispard, Addictologue, Hôpital Fernand Widal et CAP 14, Paris
Dr A. Chatfield, Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre
(MIRTMO), Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
(DRTEFP)
Dr M. Thoméré, Médecin du travail, Service de Santé au travail Roubaix-Tourcoing
- N° 4 - Tabagisme passif** **Atelier 4**
Dr M. Gagey, Directeur de l'INMA
Dr D. Bonte, Directrice, Centre de prévention et d'éducation à la santé (CPES) Pasteur
Lille, Présidente de l'Espace de concertation et de liaison des actions contre le tabagisme
(ECLAT)
- N° 5 - Place des réseaux dans les dispositifs de soins en addictologie** **Atelier 5**
Mr G. Soumet, Directeur Action sanitaire et sociale, CCMSA, Bagnolet
Dr A. Bardoux, Praticien hospitalier, CH Sambre Avesnois, Maubeuge

Vendredi 7 octobre 2005

Modérateurs :

Pr P. Choutet, Président de l'INMA

Dr M. Gagey, Directeur de l'INMA

- Synthèse des conférences de consensus sur l'approche des conduites addictives** **XI**
Dr J. Yguel, Addictologue, Département d'Alcoologie et de conduites addictives, CH du pays
d'Avesnes, Avesnes sur Helpe
- Traitements de substitution : intérêt et limites** **XII**
Dr J.M. Delile, Centre d'étude et d'information sur les drogues (CEID), Bordeaux
- Prévention du risque alcool au sein d'une entreprise agricole** **XIII**
Dr J.F. Ruiz, Médecin du travail, MSA Loire Atlantique
- Quelles actions en entreprise ?
Exemples dans le régime général** **XIV**
Mme L. Dupont, Directrice départementale, Association nationale de prévention en
alcoologie et addictologie (ANPAA) 59, Lille
Mr F.X. Deal, Directeur départemental, ANPAA 62, Arras
- Aptitude, poste de sécurité et maintien de l'emploi** **XV**
Pr P. Frimat, Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU,
Université Lille 2, Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)
- Synthèse et conclusion** **XVI**
Dr A. Rigaud, Président de l'ANPAA
Mr M. Autes, Vice-président Prévention Santé, Conseil Régional Nord-Pas de Calais

Troubles addictifs : aspects conceptuels et opérationnels

Docteur T. Danel

Psychiatre, Addictologue,
GRAA du Nord-Pas de Calais

Les dispositifs de prévention et de soins en matière de consommation de substances psycho-actives ont longtemps été distincts et constitués en fonction des produits : alcoologie, tabacologie, dopage et toxicomanie. Cette séparation tenait à des raisons historiques et surtout aux représentations des produits dans la population générale et chez les professionnels.

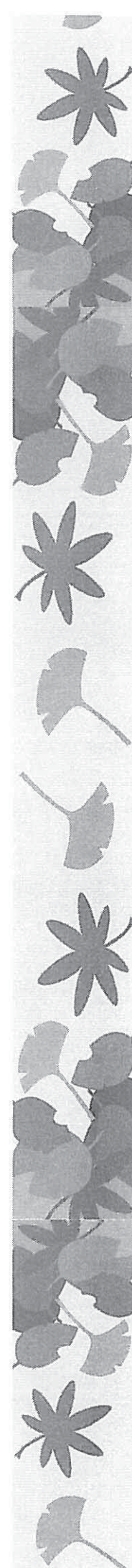
Pourtant, cette séparation devenait artificielle voire contraignante eu égard aux progrès des connaissances cliniques, épidémiologiques, neurobiologiques et psychopathologiques. C'est ainsi que le concept d'addiction s'est imposé peu à peu dans le champ biomédical et médico-social. Les termes «toxicomanies », «alcoolisme », « dopage » et «tabagisme » s'effacent aujourd'hui derrière celui d'addiction qui inclut les problèmes posés par la consommation de produits tant licites qu'illicites et les addictions sans drogue.

Néanmoins, dans une optique de politique de santé, le risque était réel de ne 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 psycho-actives.

Pourtant, le dispositif spécialisé qui s'était structuré par produit (alcool, tabac, drogues illicites, dopage) avait élargi son champ de compétence au-delà de la dépendance à l'usage et l'abus (ou usage nocif).

L'objet de l'addictologie est plus large que celui de l'addiction quand elle est synonyme de dépendance car elle englobe les conduites et les pratiques addictives. L'addiction regroupe donc les comportements de consommation de substances que sont l'abus (ou usage nocif) et la dépendance. Les pratiques addictives elles, correspondent 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.



Conduites addictives et travail

Lille 6 et 7 octobre 2005

Approches conceptuelles et opérationnelles.

Thierry Danel
Service d'Addictologie
CHRU de Lille

Troubles liés aux substances psychoactives

- Toxicité aiguë
- Toxicité cumulée
- Risque dépendance
- Statut légal du produit

Troubles induits par une substance. L'exemple de l'alcool

Toxicité aiguë, vigilance.

- Une alcoolémie > 0,5gr/l dans
- 40% des accidents de la voie publique
 - 30% des accidents domestiques
 - 10 à 20% des accidents du travail
 - 60% des rixes

Toxicité cumulée

- 10 à 20 gr/j: risque non documenté / protection/ incertitude
- 20 à 40 gr/j : apparition d'une augmentation de risque relatif pour la plupart des pathologies: cirrhose, cancers, HTA
- > 40gr/j : le risque est exponentiel pour la plupart des pathologies

L'abord santé publique

- Contrôle
 - ◆ Alcotest
 - ◆ Dépistage et marqueurs
- Information, conseil
 - ◆ Intervention brèves
 - ◆ Conseil minimum
 - ◆ Repères de consommation

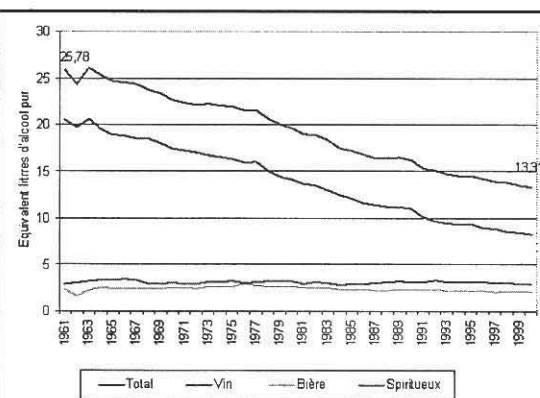
L'abord santé publique

Toxicité aiguë, vigilance

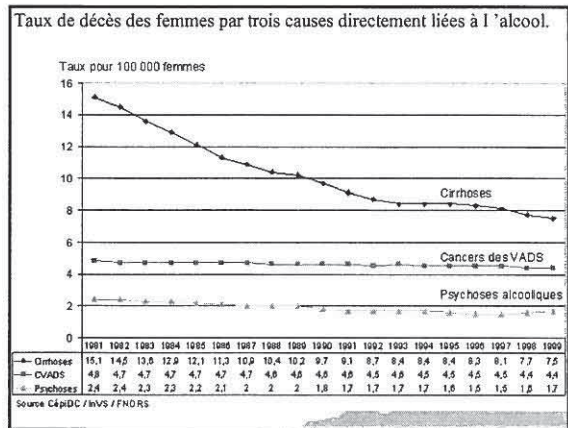
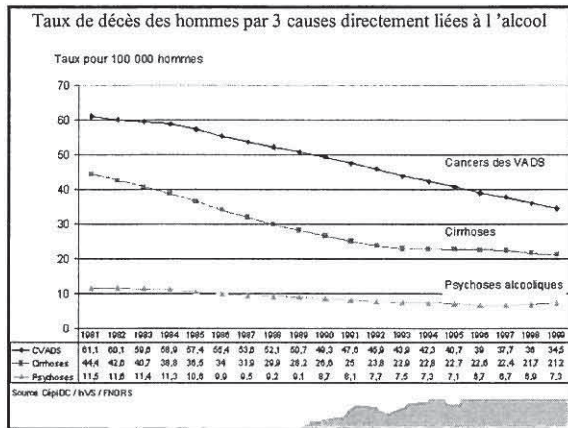
- pas d'alcool
- alcoolémie limitée autorisée

Toxicité cumulée

- ◆ 21 US /semaine/homme
- ◆ 14 US/semaine/femme
- ◆ pas plus de 4 US à l'occasion
- ◆ un jour sans alcool/semaine
- ◆ Pas d'alcool
 - Dépendance
 - Grossesse
 - Maladies (hépatites+++)

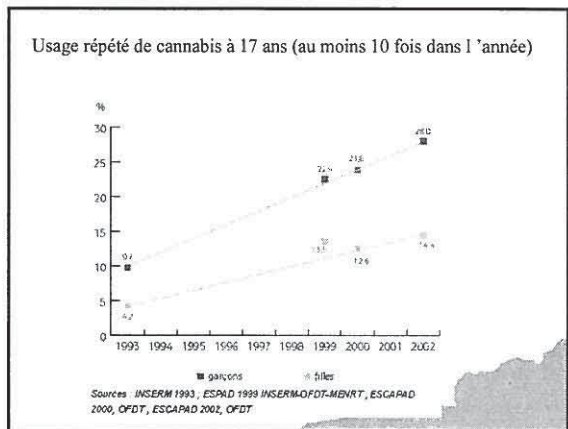
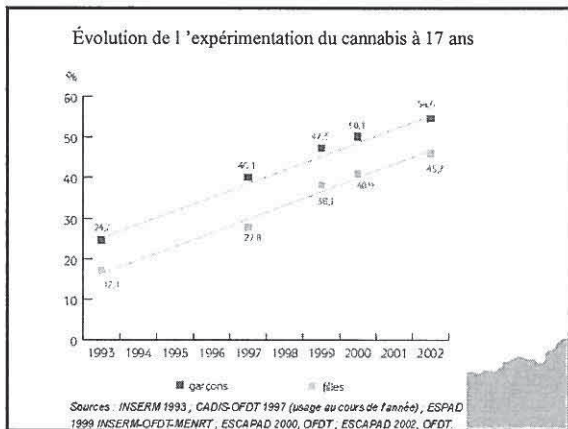
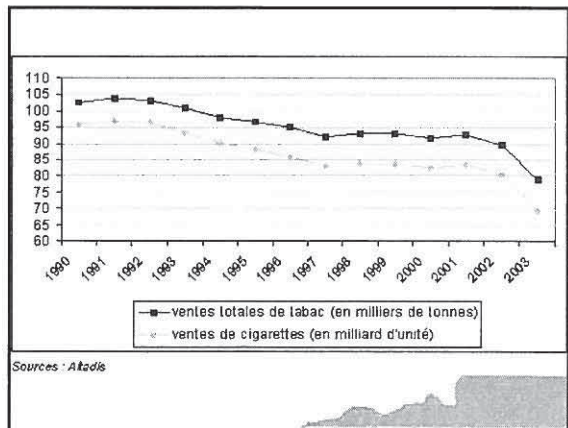


Source: Organisation mondiale de la santé



Stabilisation et uniformisation de l'alcoolisation en Europe

- ◆ Les pays à forte alcoolisation diminuent leur consommation
- ◆ Les pays à faible alcoolisation augmentent leur consommation
- ◆ Les européens boivent 10 litres d'alcool pur/an chez les plus de 15 ans
- ◆ Homogénéisation des alcoolisations
 - 50 % de bière
 - 35% de vin
 - 15% d'alcool forts



Tabac, cannabis et santé publique

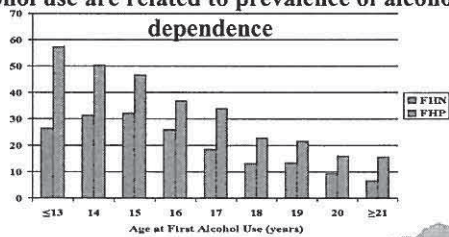
- Toxicité aiguë, vigilance
- Toxicité cumulée
- Risque dépendance
- Statut légal du produit

Abord santé mentale.

Le syndrome de dépendance.

- ◆ Altération du comportement vis-à-vis de la substance:
 - Fixation des modalités de consommation
 - Résistance aux renforcements négatifs de l'alcoolisation.
- ◆ Altération de l'état subjectif:
 - Impossibilité de maîtriser sa consommation (désir obsédant)
 - Désir obsédant de boire (craving)
- ◆ Altération de l'état psychobiologique:
 - Syndrome de sevrage
 - Tolérance

Family history of alcoholism and age at onset of alcohol use are related to prevalence of alcohol dependence



[Grant, AHRW, 1998]

Phénotype d'une population vulnérable à la dépendance aux substances psychoactives

- ◆ début précoce (early onset)
- ◆ histoire familiale d'addiction
- ◆ troubles neuropsychologiques et psycho comportementaux dans l'enfance

Modèle de Knight (1937)

- ◆ **Alcoolisme réactif:** début tardif, évolution lente et moins sévère, suscité par stress environnementaux.
 - Les facteurs écologiques sont déterminants
- ◆ **Alcoolisme essentiel:** début précoce, évolution rapide et sévère, incapacité à maintenir des objectifs
 - les facteurs psychobiologiques individuels sont déterminants

Typologie de Babor (1992)

- ◆ **Type A**
 - début tardif >20 ans
 - évolution lente
 - moins psychopathologie
 - meilleur pronostic
 - moins fréquences de facteurs de risque dans l'enfance
- ◆ **Type B**
 - début précoce
 - fréquence de l'alcoolisme familial
 - dépendance plus sévère
 - fréquence des toxicomanies associées
 - fréquente psychopathologie associée
 - facteurs de risque dans l'enfance

Peser sur les déterminants

- ◆ Ecologiques
- ◆ Psychopathologiques
- ◆ Comorbides

Tenir compte du handicap

Déficiences

Incapacités

Désavantages

Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool

Développement (en semaine)

Ovule	Embryon							Fœtus			
1-2	3	4	5	6	7	8	12	16	20-36	38	
SNC*	■										
Coeur	■										
bras	■										
yeux	■										
jambes	■										
dents	■										
palais	■										
organes génitaux	■										
oreilles	■										

* Système nerveux central

SOURCE: "Alcool et effets sur la santé", INERIS, 2001

■ Risque accru

□ Susceptibilité moindre

◆ Troubles cognitifs

- Constitutionnels
- Acquis

Responsabilité des entreprises, de l'individu vis-à-vis des conduites addictives au travail

Pr P.Y. Verkindt

Professeur de Droit social, Faculté des Sciences juridiques, politiques et
sociales, Université Lille 2



Mise au point en addictologie : terminologie, nouveaux usages

Dr Alexandra Trichard

Médecin du travail, CHRU de Lille

TERMINOLOGIE des comportements de consommation de substances psychoactives

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

- La non-consommation
- La consommation socialement réglée
- Les usages à risque = consommation apparemment socialement réglée mais susceptible d'entraîner des dommages. Nous allons préciser les caractéristiques de ces usages à risque, car ils font le lit de l'abus et de la dépendance.

L'usage nocif (ou l'abus)

Il 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.

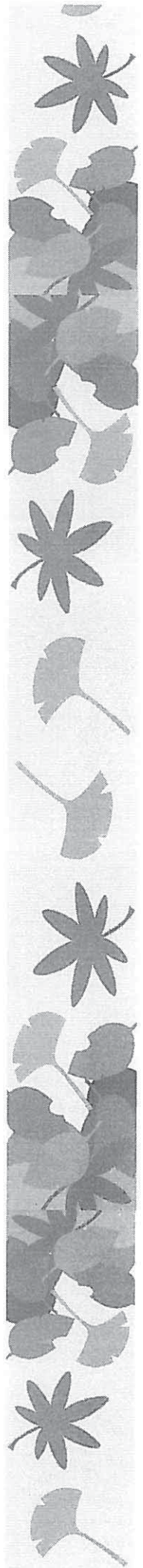
Nous verrons les définitions officielles.

La dépendance

= entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. Situation irréversible.

Il est habituel de distinguer :

- la dépendance psychique
- la dépendance physique.



NOUVEAUX USAGES

1 - Présentation des résultats de l'enquête ESCAPAD 2003

= Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense). Elle est l'occasion de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans.

Quand on interroge les jeunes sur 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 parmi les garçons et s'avère stable entre 2002 et 2003 parmi 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 usagers réguliers disent ainsi avoir fumé au moins trois joints la dernière fois, contre plus de 60 % des usagers quotidiens.

Les évolutions récentes (2000-2003)

Sur l'ensemble de la période 2000-2003, on peut retenir 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, poppers, amphétamines et cocaïne).

2 - Présentation du rapport de l'OFDT - Indicateurs et tendances 2002 : Consommations en population générale adulte

La consommation de substances psychoactives est décrite sur l'ensemble des 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.

MISE AU POINT EN ADDICTOLOGIE : TERMINOLOGIE, NOUVEAUX USAGES

**Dr Alexandra Trichard,
médecin du travail, CHRU de Lille**

TERMINOLOGIE

La communauté scientifique internationale individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives:

- l'usage,
- usage nocif ou abus
- et la dépendance.

L'usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages. Les pratiques d'usage de substances psychoactives réfèrent à trois modalités de consommation :

- La non-consommation
- La consommation socialement réglée

• Les usages à risque

=consommation apparemment socialement réglée mais susceptible d'entraîner des dommages.

Le risque est déterminé, d'une part par les propriétés pharmacologiques du produit, d'autre part par les modalités de la consommation, en particulier pour les postes de sûreté/ sécurité ; mais aussi mais aussi par l'organisation de la personnalité du consommateur, facilitant, par exemple, la prise de risque ou des comportements agressifs.

L'usage nocif (ou l'abus)

définitions

Association américaine de psychiatrie reprise dans le *manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM IV) – abus de substances –

l'Organisation mondiale de la santé reprise dans la classification internationale des maladies (CIM 10) – usage nocif –.

L'usage nocif (ou l'abus)

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) 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.

Abus de substances psycho-actives DSM IV (1994)

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

- 1 – Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
- 2 – Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
- 3 – Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
- 4 – Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

La dépendance

Définition de Fouquet :

l'alcoolisme : " l'impossibilité de s'abstenir de consommer ".

Dépendance DSM IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 – existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2 – existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

Dépendance DSM IV (1994), suite

- 3 – la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 – un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 – un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 – d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 – l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Il est habituel de distinguer :

- **la dépendance psychique** définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit : le sevrage " psychique ". Cette dépendance psychique a pour traduction principale le " craving " : la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

- la **dépendance physique** définie par un besoin irrésistible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

Présentation des résultats de l'enquête ESCAPAD 2003

= Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense.

Elle est l'occasion de faire le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans.

15 000 jeunes concernés

Les usages récents de substances psychoactives à 17-18 ans

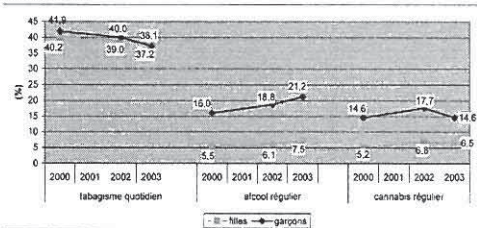
Usage au cours du mois de produits psychoactifs à 17-18 ans (% en ligne)

	30 derniers jours		
	filles	garçons	total
alcool	76,2	84,1	80,2
tabac	48,2	47,3	47,7
cannabis	26,3	37,9	32,3
médicaments psy	18,0	5,8	11,8
ecstasy	1,0	2,2	1,6
champignons hal.	0,6	1,4	1,0
poppers	0,7	1,3	1,0
amphétamines	0,6	1,2	0,9
cocaïne	0,6	1,2	0,9
produits à inhaler	0,5	0,9	0,7
LSD	0,3	0,7	0,5
héroïne	0,3	0,5	0,4
crack	0,2	0,4	0,3

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Les évolutions récentes (2000-2003)

Evolution 2000-2003 du niveau d'usage régulier⁽¹⁾ de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans (% en ligne)



(1) usage au moins du fois au cours des 30 derniers jours pour alcool et cannabis ; quotidien pour le tabac.
Source : ESCAPAD 2003, OFDT.

Les évolutions récentes (2000-2003)

Les expérimentations des autres principales drogues illicites apparaissent en très légère hausse (ecstasy, poppers, amphétamines et cocaïne).

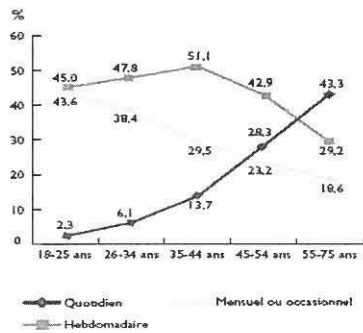
L'usage au cours de la vie du LSD semble en légère baisse chez les garçons.

Les niveaux d'expérimentation de produits à inhaler, de champignons hallucinogènes, d'héroïne et de crack n'ont quant à eux pas changé par rapport à 2000.

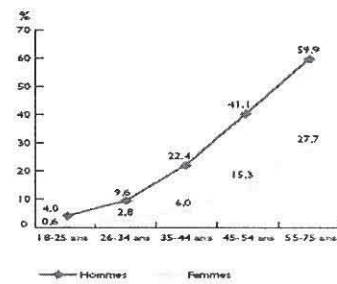
Présentation du rapport de l'OFDT - Indicateurs et tendances 2002

- La consommation de substances psychoactives est décrite sur l'ensemble des 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.

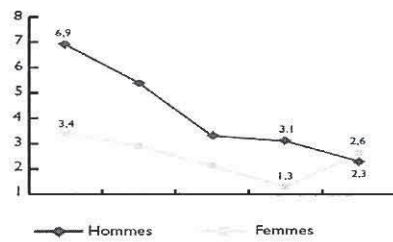
Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000, par âge et types d'usages



Fréquence de la consommation quotidienne d'alcool (au cours des 12 derniers mois) en population générale adulte en 2000, par sexe et âge

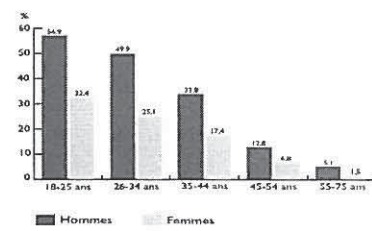


Nombre moyen d'ivresses par personne ayant eu au moins une ivresse dans l'année en 2000, par sexe et âge



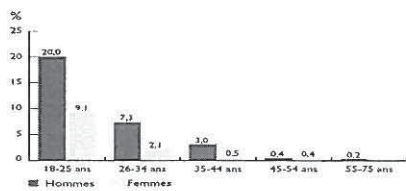
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Fréquence de l'expérimentation du cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



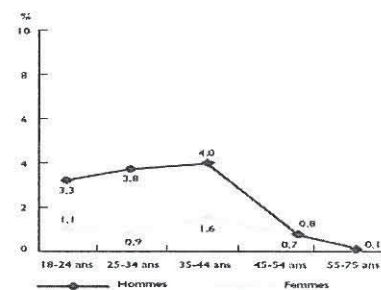
Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

Fréquence de la consommation répétée de cannabis en population générale adulte en 2000, par sexe et âge

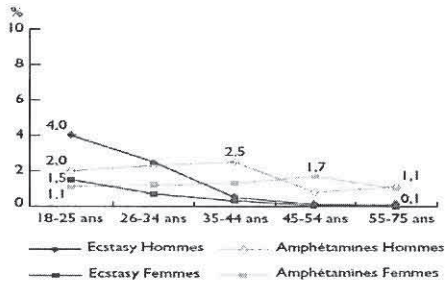


Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT

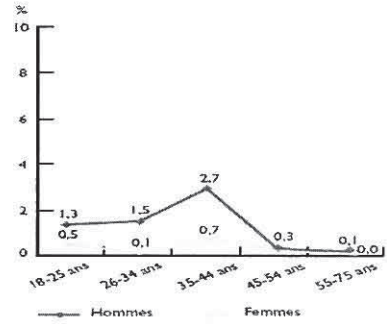
Fréquence de l'expérimentation de la cocaïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



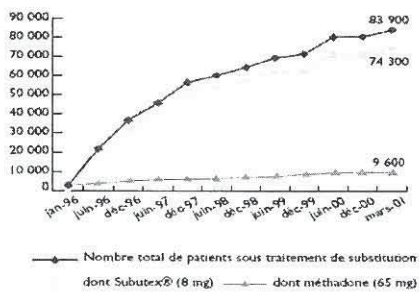
Fréquence de l'expérimentation d'ecstasy et d'amphétamines en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Fréquence de l'expérimentation d'héroïne en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution (à posologie moyenne constante), de 1996 à 2001



Ivresse, mélancolie et enthousiasme chez Montaigne

Pr R. Daval

Professeur de philosophie, Université de Reims

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»¹. 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» (p. 326).

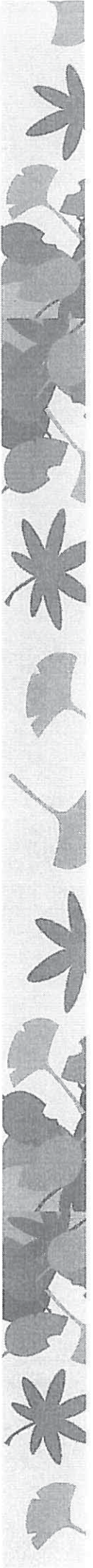
Mais, juste après cette première condamnation, il remarque, lui le grand lecteur des Anciens, et notamment, de Plutarque, de Lucrèce, de Cicéron et de Platon, que l'Antiquité n'a condamné l'ivrognerie qu'avec mollesse. Le vin, en effet, selon les Stoïciens, aurait le mérite de relâcher l'âme, et exercerait 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'appaissent, il est bon, une fois le mois, les éveiller par cet excès, et les picquer pour les garder de s'engourdir» (p. 328).

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» (p. 329). 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'entrepeschent 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» (p.330-331).

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.

¹ Ed. A. Thibaudet, Pléiade, N.R.F., 1939, p. 326



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 Ebrietate* et *De Sobrietate*. 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'égarément 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».² 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 empourpré 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 » (ibid., p. 85).

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» (p.333). 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» (p.333). 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» (p. 334). 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."³

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 (entheous), 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 ajoute :

² Les œuvres de Philon d'Alexandrie éd. du Cerf, Paris, 1962, Traité XI, trad. J. Gorez, p. 71

³ *Theia dunamis*, 533d.

« 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*⁴, 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'eslever», «s'eschapper», 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, *Enéide*, XI, 151)».⁵

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 Stoïciens en defendent le sentiment à leurs sages».⁶

⁴ Paris, P.U.F., 1992 pour la traduction française de F. Bourgne et J.L. Haquette, le texte anglais est de 1983.

⁵ Essais, livre I, chap.2, éd. citée p. 32.

⁶ (éd. Thibaudet, p. 30).

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 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 élanement, 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 ni permanente ; à qui appartiennent ces mots : devant et après, et a été 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 être, ou qui desja a cessé d'être» (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'Eglise catholique peut la reconnaître, et la distinguer des extases présomptueuses des Stoïciens 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 maniement 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.

Etude de la consommation de psychotropes en milieu agricole

Dr M. Jeantet

Médecin conseiller technique national, CCMSA, Bagnolet

La France se caractérise depuis longtemps par une forte consommation de psychotropes par rapport 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 en regard d'autres alternatives ?

La réponse à cette question est loin d'être simple. A défaut d'y répondre directement, et afin de trouver quelques éléments d'explication, le suivi de la consommation et la description des personnes y ayant recours est une 1^{ère} étape dans la compréhension et peut être la résolution du problème.

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.

L'objectif de notre étude 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 des remboursements de médicaments au régime agricole (Gamex inclus) lors des 6 derniers mois de 2004 (juillet à décembre inclus), France entière.

20,9 % 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 confondues). 15 % des assurés du régime agricole et 26,9 % des assurées 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 féminine est particulièrement forte pour les antidépresseurs (sex ratio à 0,47). Elle décroît pour les autres classes : anxiolytiques 0,53, hypnotiques 0,58 et neuroleptiques 0,74.

La consommation croît avec l'âge : l'âge moyen est de 70 ans et 57 % des consommateurs ont plus de 70 ans. La répartition par âge et par sexe est détaillée dans le tableau 1.

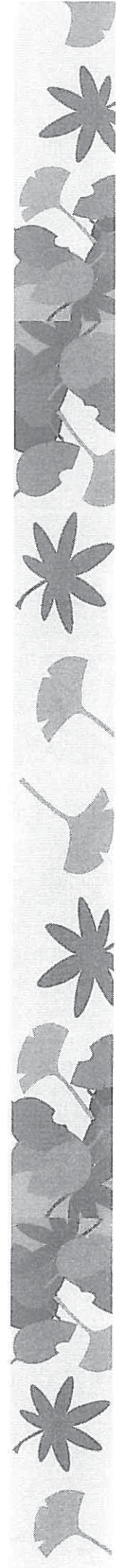


Tableau 1 : Taux de consommateurs de psychotropes selon l'âge et le sexe au Régime agricole lors des 6 derniers mois de 2004

Age	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 %
+ de 80 ans	34,7 %	47,6 %	42,9 %
Total	15,0 %	26,9 %	20,9 %


Analyse classe par classe :

- 55,6 % des consommateurs d'anxiolytiques ont plus de 70 ans et 24,3 % des assurés agricoles de plus de 70 ans en ont consommé dans les 6 mois.
- 61,9 % des consommateurs d'hypnotiques ont plus de 70 ans et 15,2 % des assurés agricoles de plus de 70 ans en ont consommé dans les 6 mois.
- 53,1 % des consommateurs d'antidépresseurs ont plus de 70 ans et 14,2 % des assurés agricoles de plus de 70 ans en ont consommé dans les 6 mois.
- 59,1 % des consommateurs de neuroleptiques ont plus de 70 ans et 4,8 % des assurés agricoles de plus de 70 ans en ont consommé dans les 6 mois.

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, 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, on retrouve les mêmes tendances qu'au régime général : même ordre entre les classes thérapeutiques (avec notamment les antidépresseurs en 2^e rang), prédominance féminine et consommation importante chez les sujets âgés, pourtant les plus sensibles aux effets secondaires de ces produits.


 santé
 famille
 retraite
 services

Etude de la consommation de psychotropes en milieu agricole

Dr M. Jeantet
 S. Dupuis



Contexte

- Forte consommation de psychotropes en France
 - 3 à 4 fois plus importante qu'au RU, Italie ou Allemagne
 - 25% des assurés du RG ont bénéficié d'au moins 1 prescription de psychotrope en 2000
 - 11% de consommateurs réguliers
- Risque iatrogénique fort (chutes, AVP...)
 - Objectif : Vérifier que les données publiées par le RG se retrouvent pour la population agricole

2

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Enquête MSA

- Analyse faite sur les 6 derniers mois de 2004, données France entière
 - Nombre de consommateurs de psychotropes
 - Répartition entre les différentes classes de psychotropes
 - Répartition en fonction de l'âge des consommateurs et du sexe
 - Traitements chroniques
 - Association entre psychotropes

3

Colloque INMA – 6 octobre 2005

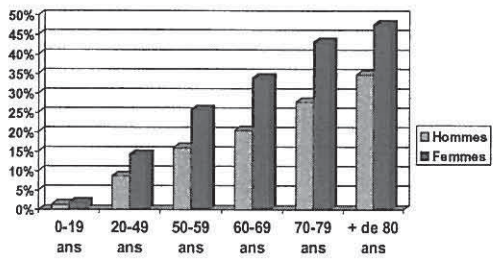
Résultats

- 20,9% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un psychotrope ds 6 derniers mois 2004 (N = 780 380)
- Répartition Age
 - Âge moyen 70 ans
 - Part des > 70 ans = 57%
- Prédominance féminine : 63,7% de femmes (sex ratio = 0,57)
- 37,8% ont reçu au moins 2 psychotropes
- 16,1% avaient eu 3 délivrances du même psychotrope pendant les 6 derniers mois de 2004

4

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Consommation selon âge et sexe



Tranche d'âge (ans)	Hommes (%)	Femmes (%)
0-19	~1	~2
20-49	~8	~15
50-59	~15	~25
60-69	~20	~35
70-79	~28	~45
+ de 80	~35	~48

5

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Anxiolytiques

- 13,3% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un **anxiolytique** ds 6 derniers mois 2004 (N = 495 809)
- La consommation croît avec l'âge :
 - 55,6% des consommateurs ont > 70 ans
 - 24,3% des assurés de > 70 ans en ont consommé au moins une fois

6

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Anxiolytiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Prédominance féminine : 65% de femmes (sex ratio à 0,53) • 12,3% des consommateurs ont eu au moins 2 délivrances d'un anxiolytique sur les 6 mois • 49,3% des patients sous anxiolytiques reçoivent au moins un autre psychotrope <ul style="list-style-type: none"> ■ 35,1% prenaient aussi un antidépresseur ■ 23,2% un hypnotique 	7
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Antidépresseur et Lithium	
<ul style="list-style-type: none"> • 8,1% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un antidépresseur ds 6 derniers mois 2004 (N = 303 893) • La consommation croit avec l'âge : <ul style="list-style-type: none"> ■ 53,1% des consommateurs ont > 70 ans ■ 14,2% des assurés de > 70 ans en ont consommé au moins une fois • 10,3% des consommateurs ont eu au moins 2 délivrances d'un ADP sur les 6 mois 	8
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Antidépresseur et Lithium	
<ul style="list-style-type: none"> • Prédominance féminine : 68% de femmes (sex ratio à 0,47) • 71% des patients reçoivent au moins un autre psychotrope <ul style="list-style-type: none"> ■ 56,7% des cas à un anxiolytique ■ 30,1% des cas à un hypnotique • Lithium : 0,1% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois du lithium en 2004 (N= 3 690) 	9
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Hypnotiques	
<ul style="list-style-type: none"> • 7,5% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un hypnotique ds 6 derniers mois 2004 (N = 278 775) • La consommation croit avec l'âge : <ul style="list-style-type: none"> ■ 61,9% des consommateurs ont > 70 ans ■ 15,2% des assurés de > 70 ans en ont consommé au moins une fois 	10
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Hypnotiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Prédominance féminine : 63% de femmes (sex ratio à 0,58) • 15,6% des consommateurs ont eu au moins 2 délivrances d'un hypnotique sur les 6 mois • 55,7% des patients reçoivent un autre psychotrope <ul style="list-style-type: none"> ■ 41,3% un anxiolytique ■ et un tiers (33,3%) un antidépresseur 	11
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Neuroleptiques	
<ul style="list-style-type: none"> • 2,5% des assurés agricoles ont consommé au moins une fois un neuroleptique ds 6 derniers mois 2004 (N = 91 597) • La consommation croit avec l'âge : <ul style="list-style-type: none"> ■ 59,1% des consommateurs ont > 70 ans ■ 4,8% des assurés de > 70 ans en ont consommé au moins une fois • Prédominance féminine moins forte : 57% de femmes (sex ratio à 0,74) • Associés ds 76,5% des cas : 53% à 1 anxiolytique, 48% à 1 ADP et 33% à 1 hypnotique 	12
<small>Colloque INMA – 6 octobre 2005</small>	

Discussion

- Comparaison avec données du régime général
 - Taux global consommateurs plus faible : 20,9% versus 24,5%
 - ♦ Attention, prévalence semestrielle vs prévalence annuelle
 - Même ordre des classes thérapeutiques
 - Même prédominance féminine (notamment pour les ADP)
 - Même augmentation avec l'âge

13

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Discussion

- Anxiolytiques
 - Tendance à la **baisse** au sein du RA : **24,8%** des > 70 ans consommaient un anxiolytique en 2002 (NPdC = 23,8%) contre **24,3%** en 2004
- Hypnotiques
 - Tendance à la **baisse** au sein du RA : **15,5%** des > 70 ans consommaient un hypnotique en 2002 (NPdC = 19,4%) contre **15,2%** en 2004
- Plan maîtrise anxiolytiques / hypnotiques : - **4,4%** en volume entre janvier-juillet 2004 et 2005

14

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Discussion

- Antidépresseurs
 - Tendance à la **hausse** au sein du RA : **14%** des > 70 ans consommaient un ADP en 2002 (NPdC = 10,4%) contre **14,2%** en 2004
- Neuroleptiques
 - Consommation stable au sein du RA: **4,9%** des > 70 ans consommaient un NL en 2002 (NPdC = 3,3%) contre **5%** en 2004

15

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Conclusion

- Consommation importante des psychotropes : 20,9% des assurés agricoles sur 6 mois
- Prédominance féminine et augmentation de la consommation avec l'âge pour chacune des classes
- Consommation relativement stable dans chaque classe pour les > 70 ans par rapport à 2002
 - Tendance à la baisse pour anxiolytiques et hypnotiques
 - Tendance à la hausse pour les antidépresseurs

16

Colloque INMA – 6 octobre 2005

Consommation et pratique de prescription de psychotropes : données du régime général de la sécurité sociale

Dr J. Lecadet

Direction régionale du service médical d'Auvergne (CNAMTS)

Les résultats présentés sont issus d'une étude qui avait pour objectif d'évaluer et 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 d'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 (fraction de sondage à 9/97). 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 spatiale 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 % (anxiolytique 7,0 %, antidépresseur 4,9 %, hypnotique 3,7 %, neuroleptique 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. A âge égal, elle était proche du double pour les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques.

Nos données mettent en évidence des disparités spatiales, 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 12,0 % pour les antidépresseurs, de 7,7 % à 11,6 % pour les hypnotiques, de 2,3 % à 4,2 % pour les neuroleptiques. La répartition spatiale 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 spatiale, 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 pourrait, 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:

Lecadet J, Vidal P, Baris B *et al.* Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. Rev Med Ass Maladie 2003 ; 34:75-84.

Lecadet J, Vidal P, Baris B. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. Rev Med Ass Maladie 2003 ; 34 :233-48.

Ces articles sont accessibles sur internet (www.ameli.cnamts.fr).

Consommation et pratique de prescription de psychotropes : données du régime général de la sécurité sociale

Docteur Jérôme Lecadet
Service médical d'Auvergne

Colloque
« Conduites addictives et travail »
Lille - 6 et 7 octobre 2005



Origine des données

- régime général de l'assurance maladie *stricto sensu* (41,5 millions de bénéficiaires)
- données de remboursement
- médicaments délivrés en pharmacie de ville
- codage de la pharmacie (numéro CIP)
- étude transversale, sur échantillon aléatoire (9/97ème)
- critères d'inclusion :
 - classes thérapeutiques définies à partir des classes EphMRA (European pharmaceutical marketing research association)
 - personnes ayant eu au moins un médicament psychotrope remboursé en 2000

Taux annuels (%) de consommateurs selon la classe thérapeutique

Au sein de la population :

24,5 % des personnes ont consommé au moins un psychotrope en 2000

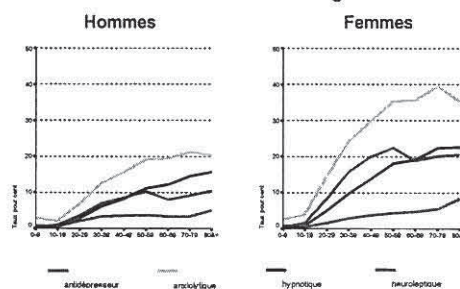
11,2 % des personnes sont des « consommateurs réguliers »

Anxiolytiques 17,4 %
Antidépresseurs 9,7 %
Hypnotiques 8,8 %
Neuroleptiques 2,7 %

Anxiolytiques 7,0 %
Antidépresseurs 4,9 %
Hypnotiques 3,7 %
Neuroleptiques 1,4 %

Des variations selon l'âge et le sexe

Taux annuel (%), de consommateurs, selon la classe d'âge



Caractéristiques des consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique délivrée

	Anxio	Hypno	Antidep	Neuro
ALD ₃₀ (%)	24,6	30,3	26,8	48,2
Invalidité (%)	7,9	9,9	9,4	14,7
CMU (%)	9,8	10,4	9,8	14,7
% sans cmu/ ALD/inval	63,8	57,3	68,2	50,3

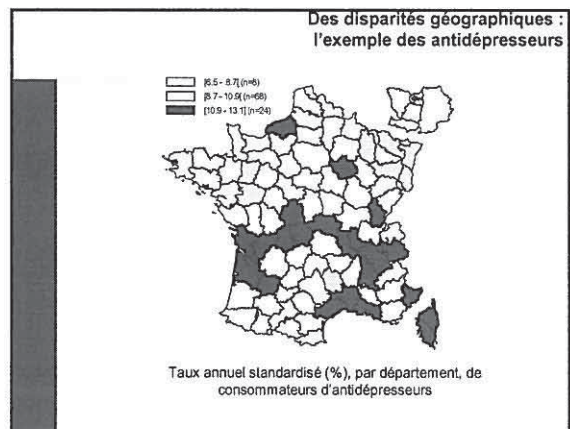
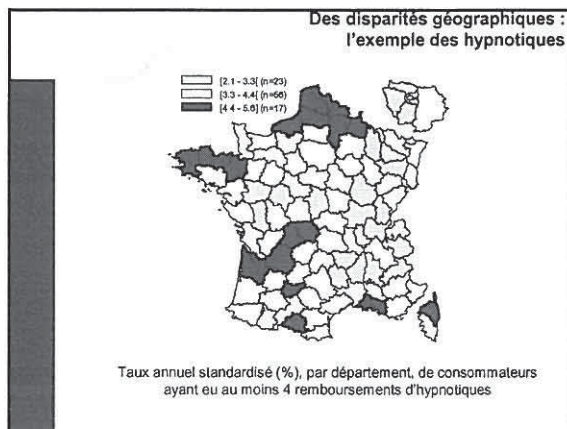
Un suivi psychiatrique variable selon les molécules

La consultation d'un psychiatre est retrouvée pour :

- 9,5 % des consommateurs d'anxiolytiques
- 10,6 % des consommateurs d'hypnotiques
- 17,2 % des consommateurs d'antidépresseurs
- 23,8 % des consommateurs de neuroleptiques

Quand ce suivi psychiatrique existe, il est régulier :

- 55 % des personnes ont eu 5 actes ou plus



- Quelques observations :**
- un décalage entre les données de consommation et les données connues de morbidité
 - la consommation régulière d'anxiolytiques et d'hypnotiques
 - une consommation élevée d'antidépresseurs
 - un recours modéré au suivi spécialisé
 - des disparités géographiques qui restent à expliquer
 - des indicateurs reproductibles

Etude de la prévalence de la consommation de produits stupéfiants altérant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas de Calais

Dr L. Labat

Laboratoire de Toxicologie et Génopathies, CHRU de Lille

Etude réalisée par : Le Groupe Régional « Toxicomanie et Travail » (Institut de Santé au Travail du Nord de la France, Lille)

En 1995, une enquête avait montré 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 prévention et de dépistage, en validant les techniques à utiliser et la conduite à tenir en cas de dépistage positif.

Dans cette étude, mille chauffeurs routiers sont inclus. On réalise 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. L'éthanol est dosé dans les urines par méthode enzymatique. Tous les dépistages positifs sont confirmés par une technique de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse. Les résultats exprimés en pourcentage de positifs sont les suivants : opiacés (4,1 %), cannabinoïdes (8,5 %), cocaïne (0,1 %), amphétamines (0,3 %), buprénorphine (1,8 %), méthadone (0,5 %), benzodiazépines (0,4 %) et alcool (5 %).

Seuls dans un cas, la 6-monoacétylmorphine a été identifiée dans les urines positives en opiacés. Les autres opiacés étaient pour la majorité des antitussifs. Le faible nombre de résultats positifs pour les benzodiazépines dans cette étude peut s'expliquer par la sensibilité et la spécificité du test rapide utilisé.

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/sécurité. Les pourcentages de dépistages positifs aux traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) sont élevés, huit fois plus que dans la population active.

Au regard de ces résultats, il semble intéressant de pouvoir étendre l'étude à 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.



Etude de la prévalence de la consommation de produits altérant la vigilance chez des transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-calais

Groupe Régional « Toxicomanie et Travail »
Institut de Santé au Travail du Nord de la France, Lille

Haguenoer JM et coll, 1997

- Etude de prévalence
- Recueil des urines en 1995 (2 mois de fin d'hiver) : 1978 urines
- 13 services interentreprises de médecine du travail du Nord et du Pas de Calais
- Salariés non prévenus
- Salariés affectés à tous types de poste (Sécurité ou non)

- Recherche en méthode EMIT
 - Cannabis
 - Opiacés
 - Amphétamines
 - Cocaïne
 - Barbituriques
 - Benzodiazépines
 - Propoxyphène
 - Ethanol

RESULTATS : Haguenoer JM et coll, 1997

➤ Nombre de consommateurs de produits altérant la vigilance significativement plus important chez les salariés occupant un POSTE de SECURITE que dans le reste de la population active.

Prévalence des différentes substances testées selon l'affectation ou non à un poste de sécurité (PSS) : (500 PSS/1978 urines)

PSS	+	-
Cannabis	10,2	4,5
Opiacés	12	5,4
Propoxyphène	2,4	1,7
Amphétamines	5,2	3,2
Ethanol	5,4	1,5
Benzodiazépines	3,8	4,3
Barbituriques	1,4	1,5

➤ 4 salariés sur 10 affectés à un PSS sont consommateurs

OBJECTIFS de notre ETUDE en 2004

Le nombre d'accidents impliquant un poids lourd diminue régulièrement depuis 1985
Mais indice de gravité /

Groupe régional « Toxicomanie et Travail »

Etude multicentrique pour la branche des transporteurs routiers de marchandises des secteurs de Douai, Hénin-Beaumont et Lesquin.

- Homogénéiser les pratiques professionnelles des médecins du travail s'occupant d'entreprises de transports routiers
- Proposer une politique de prévention et de dépistage
- Valider les techniques à utiliser et la conduite à tenir en cas de dépistage positif
- Médiatisation des résultats

PROTOCOLE

- Enquête descriptive de consommation de subs. Psychoactives par recherche de métabolites urinaires
- Inclusion de 1000 chauffeurs routiers
- Critères de sélection : leur emploi
- Urines collectées de façon anonyme ➡ aucune conséquence sur la décision d'aptitude
- Employeurs et salariés informés à l'avance

- Renseignements :
 - zonage de l'entreprise
 - âge
 - sexe
 - type de visite (V Embauche, V Annuelle, V reprise...)
 - jour de prélèvement

➡ Protocole validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins

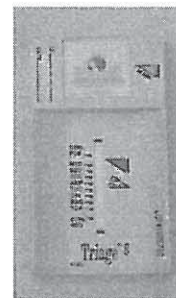
METHODE

DEPISTAGE URINAIRE :
test TRIAGE™8 (BIOSITE) pour la méthadone, les benzodiazépines, la cocaïne, les amphétamines, les opiacés et le cannabis

Méthode ELISA™ (Microgenics) pour la buprénorphine

➡ Avec CONFIRMATION des positifs en CG-SM ou CLHP-SM

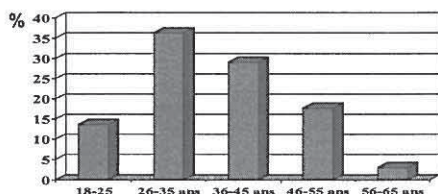
Méthode enzymatique (Dade Behring™) pour le dosage de l'éthanol



RESULTATS

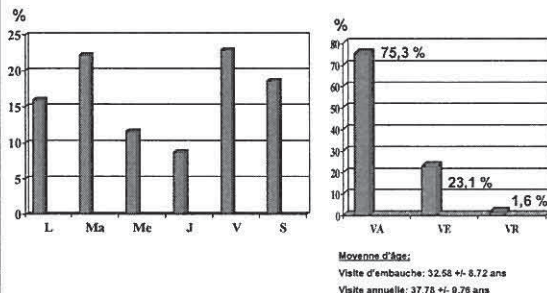
Juillet 2004 : 1000 prélèvements urinaires analysés
Avec 99,20 % d'hommes
Et un âge moyen de 36,7 +/- 9,8 ans.

Les classes d'âge :



RESULTATS

Répartition de la population en fonction du jour et du type de visite :



RESULTATS

Prévalence des différentes substances chez les 1000 salariés :

Substance	%	% confirmés	cut off (ng/mL)
Opiacés	4,1	4,1	300
Cannabis	8,6	8,5	50
Cocaïne	0,1	0,1	300
Amphétamines	0,4	0,3	1000
Buprénorphine	2,2	1,8	2
Méthadone	0,5	0,5	300
Benzodiazépines	0,4	0,4	300
Ethanol	5,0	-	<i>l.d.d = 0,1 g/L</i>

RESULTATS

- 41 cas positifs en opiacés

Substance	nombre de cas
6 MAM et morphine	1
morphine	4
codéine	6
pholcodine	23
codéine et morphine	6
codéthyline et morphine et codéine	1

- 85 cas positifs en cannabis

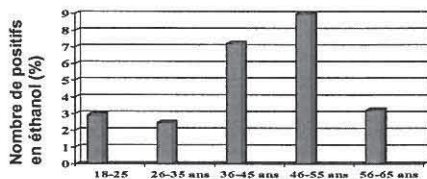
86 dépistages positifs en immunologie
85 confirmés en THC COOH

RESULTATS : éthanol

- 50 urines dépistées positives en éthanol avec des concentrations urinaires de 0,1 à 8,72 g/L

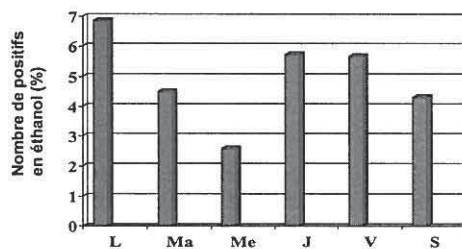
- Age moyen des salariés = 41,13 +/- 8,53 ans

- Répartition en fonction de l'âge :



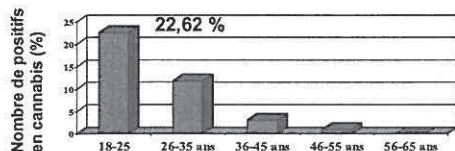
RESULTATS : éthanol

- Répartition en fonction du jour de la visite :



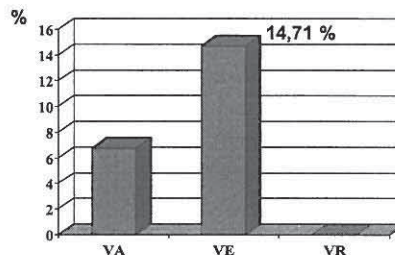
RESULTATS : cannabis

- 85 urines dépistées et confirmées positives en cannabis
- Age moyen des salariés = 28,36 +/- 6,14 ans
- Répartition en fonction de l'âge :



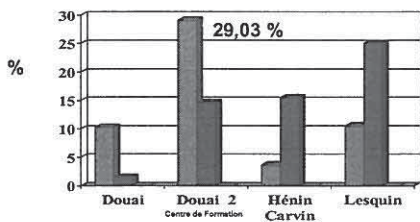
RESULTATS : cannabis

Répartition en fonction du type de visite :



RESULTATS : cannabis

Répartition en fonction du type de visite et du lieu de zonage :



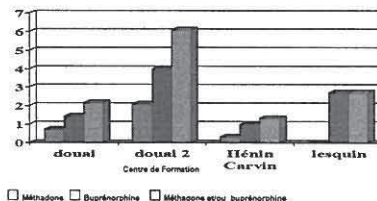
Sur le centre de Douai, il existe une action de prévention auprès des jeunes embauchés, antérieure à notre étude

Legend: Visite Annuelle Visite d'Embauche Visite de Reprise

RESULTATS : traitements de substitution

- 22 urines dépistées dont 18 confirmées positives en buprénorphine
- 5 urines dépistées et confirmées positives en méthadone
- Age moyen des salariés = 31,8 +/- 6,6 ans (buprénorphine)
- 26,4 +/- 4,5 ans (méthadone)

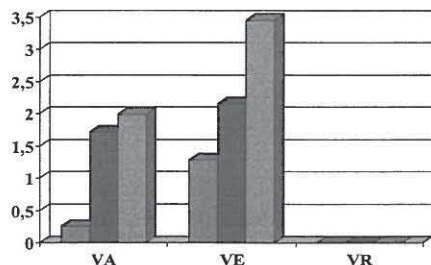
- Répartition en fonction de la zone :



Legend: Méthadone Buprénorphine Méthadone et/ou buprénorphine

RESULTATS : traitements de substitution

-Répartition en fonction du type de visite :



Legend: Méthadone Buprénorphine Méthadone et/ou Buprénorphine

RESULTATS : traitements de substitution

22 urines dépistées et confirmées positives en TOS (méthadone ou buprénorphine)

	Visite annuelle	Visite d'embauche
TOS seuls	10	1
TOS + autres Addictions	5	6

Les addictions associées:

- Méthadone + buprénorphine + opiacés (1)
- Méthadone + opiacés + THC (2)
- Buprénorphine + éthanol (1)
- Buprénorphine + THC (5)
- Buprénorphine + THC + BZD (1)
- Buprénorphine + cocaïne (1)

RESULTATS : traitements de substitution

Quelques chiffres...

- 100 000 personnes sous traitement de substitution en France en 2003 (84500 sous BHD et 16900 sous Méthadone) *.
- dont 50 000 personnes sous traitement de substitution et salariées sur 17 millions de salariés** soit environ 0,29 %

Dans notre étude :

- 1,3 % Hénin Carvin
- 6,1 % Douai 2 (centre de formation)

⇒ ?? Doit on orienter vers des postes de sécurité des personnes à risques ??

* Source: Données SIAMOIS/InVS et estimations OFDT
** Source: INSEE

CONCLUSION

- La grande majorité des opiacés identifiés sont licites notamment des antitussifs
Liée en partie à la saison hivernale du recueil
- Faible pourcentage de dépistage positif en benzodiazépines
Mais cut off à 300 ng/mL et problème de spécificité du test
- Confirmation de l'étude de Haguenoer et coll pour le cannabis et l'alcool (pour les PSS)
Et diminution des dépistages positifs pour les amphétamines, les opiacés et les benzodiazépines.
- Il semble intéressant de pouvoir étendre l'étude sur la consommation d'autres classes de médicaments par une méthode de screening comme la CLHP/SM

CONCLUSION

- Traitements de substitution (TOS) : recherche non réalisée dans la précédente étude.
- Nécessité de bien séparer les malades sous TOS des multi-toxicomanes (dont TOS...) et de les étudier au cas par cas avec des *guide line* clair.
- Mais pourquoi orienter préférentiellement des patients à problèmes potentiels vers des postes à risque réel??

Comité de pilotage de l'étude

Rôle: Etablir le plan opérationnel, valider le protocole méthodologique, suivre le bon déroulement de l'action et en réaliser l'évaluation

DELZENNE Chantal, Médecin du travail, SMSSED Douai
DOUBLET Anne, Médecin du travail, AIST Hénin-Beaumont
FONTAINE Bernard, Médecin du travail, AMEST LILLE
LABAT Laurence, Praticien hospitalier, Toxicologie, CHRU Lille
LHERMITTE Michel, Professeur, Toxicologie, CHRU Lille
MAREK Marie-Christine, Médecin du travail, AIST Hénin-Beaumont
TELLIER Dominique, Médecin du travail, AIST Lille
TONNEAU Murielle, Chargée de projet ISTNF

Avec le soutien du Groupe Régional « Toxicomanies et Travail »

Médecins du travail :

ARCHANGE Jean-Christophe, SNCF Lille
BROUCK Nathalie, AIST Roubaix
DELZENNE Chantal, SMSSED Douai
DOUBLET Anne, AIST Hénin-Beaumont
ELOY Edith, Aluminilum Dunkerque
FONTAINE Bernard, AMEST Lille
MAREK Marie-Christine, AIST Hénin-Beaumont
PAMART Brigitte, Renault Douai
PRADEAU Peggy, COGEMA Beaumont Hague
TELLIER Dominique, AIST Lille

Médecins Inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (DRTEFP):

BRILLET Jeanne-Marie, DRTEFP Lille
CHATFIELD Anne, DRTEFP Lille

Laboratoire de Toxicologie et Génomopathies (CHRU Lille) :

LHERMITTE Michel, professeur de toxicologie CHRU Lille
LABAT Laurence, praticien hospitalier CHRU Lille

Unité de Pathologie Professionnelle et Environnementale (CHRU Lille) :

FRIMAT Paul, professeur de médecine du travail CHR/ Lille II/ ISTNF

Institut de Santé au Travail du Nord de la France :

TONNEAU Murielle, chargée de projet ISTNF
VANBERKEL Danièle, secrétaire générale ISTNF
VANDENBUSSCHE Stéphane, chargé de mission ISTNF

Merci aux médecins préleveurs et à leurs assistant(es)
pour leur implication dans le déroulement de cette action
et leur forte collaboration pour le recueil des données

- Dr CHEMAIS Hassan (AIST Hénin-Carvin)
- Dr DELZENNE Chantal (SMSSED Douai)
- Dr DOUBLET Anne (AIST Hénin-Carvin)
- Dr DUPONT Murielle (AIST Hénin-Carvin)
- Dr LELEU Monique (AIST Hénin-Carvin)
- Dr LEFEBVRE Anne (AMEST Lille)
- Dr MAREK Marie-Christine (AIST Hénin-Carvin)
- Dr SIX Xavier (AFPA Douai-Cantain)
- Dr VANDAELE Emmanuelle (AMEST Lille)
- Dr VANDENBOSCH Delphine (AMEST Lille)

Résultat d'une enquête chez les chauffeurs en milieu agricole

Docteurs Christine Devos et Nathalie Masson

Médecins du travail, Mutualité Sociale Agricole du Pas de Calais

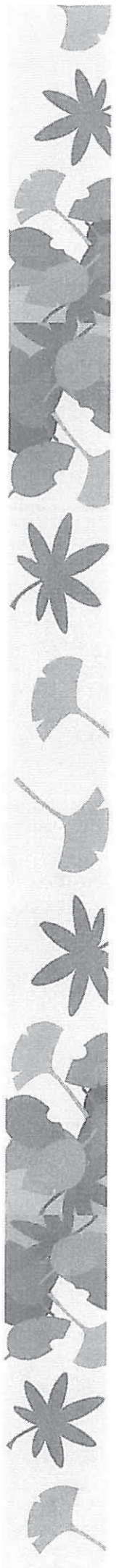
Cette enquête, première de ce type, réalisée par les médecins du travail du réseau des MSA entre janvier et mars 2005, montre que cette problématique touche aussi le monde agricole.


Le 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) dont c'est l'activité principale.

4 addictions ont été recherchées :

- ◆ Tabac : pour un classement selon les critères du CIRC et pour rechercher la dépendance avec le test de Fagerström.
- ◆ Cannabis : 3 items sur la consommation au cours des 12 derniers mois.
- ◆ Alcool : le questionnaire FACE pour repérer les consommateurs à risque et les consommateurs dépendants.
- ◆ Médicaments : 3 items recherchant la prise de médicaments psychotropes pour soigner une dépression, contre le stress ou pour dormir.


La conduite addictive est une réalité qu'on ne peut nier. Il faut prendre en charge nos salariés pour qu'ils conservent leur travail et le fassent en toute sécurité.





**santé
famille
retraite
services**

Conduites addictives chez les chauffeurs en milieu agricole

Résultats de l'enquête nationale



Conception MSA62 - Octobre 2005



**santé
famille
retraite
services**

POPULATION ENQUETEE

L'essentiel
et plus encore

- Chauffeurs (tractoristes, conducteurs d'engins, cariste, PL)
- Vus en examen médical entre le 1er janvier et le 31 mars 2005
- Sont exclus les chauffeurs VL et les chauffeurs occasionnels

2



**santé
famille
retraite
services**

POPULATION ENQUETEE

L'essentiel
et plus encore

- 190 médecins / 68 caisses
- 1 604 questionnaires reçus
- 41 questionnaires non exploitables (manque âge ou sexe)
- 36 femmes et 1 527 hommes
- le plus jeune a 17 ans
- le plus âgé a 62 ans

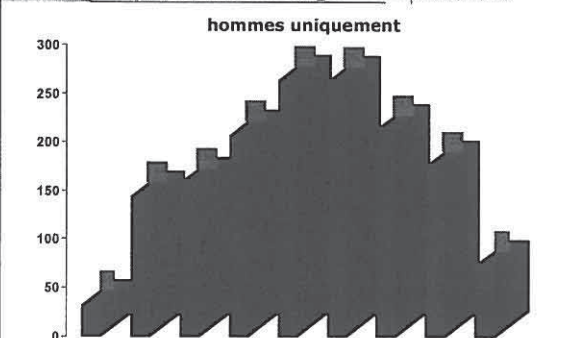
3


**santé
famille
retraite
services**

Répartition des questionnaires par tranche d'âge

L'essentiel
et plus encore


hommes uniquement




Tranche d'âge	Nombre de questionnaires
<17-21	~40
21-25	~150
26-30	~180
31-35	~220
36-40	~260
41-45	~280
46-50	~240
51-55	~180
+65-69	~100

4

Résultats tabac

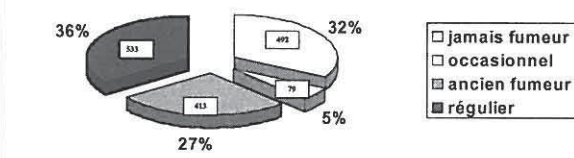


5


**santé
famille
retraite
services**

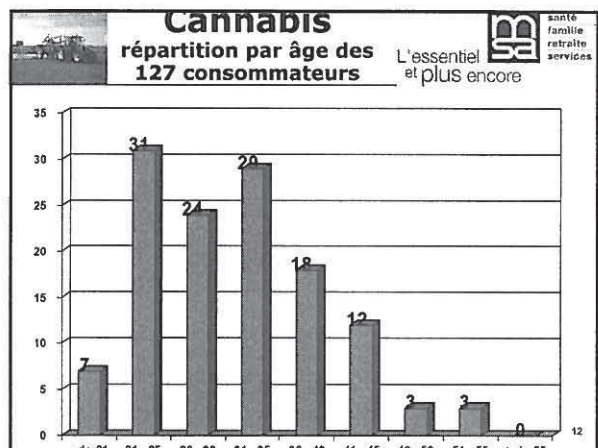
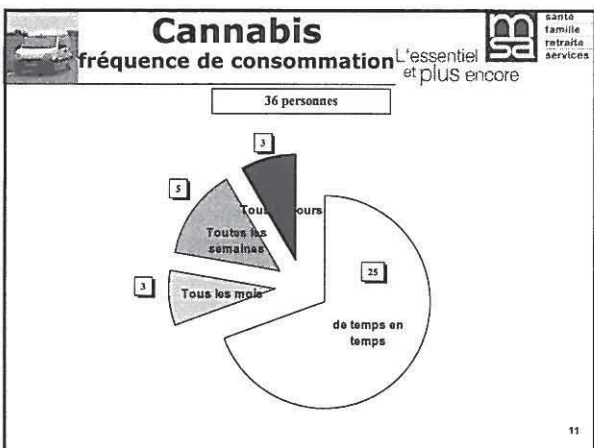
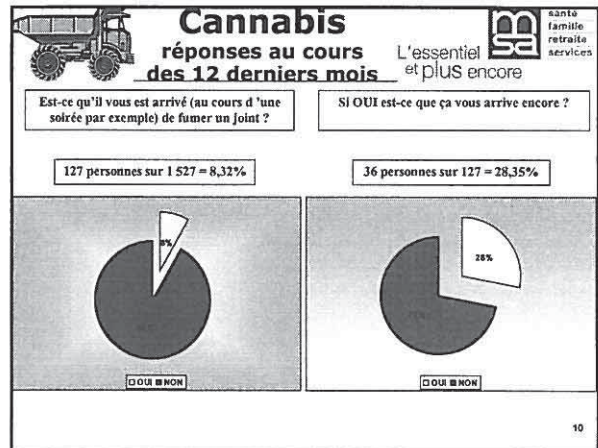
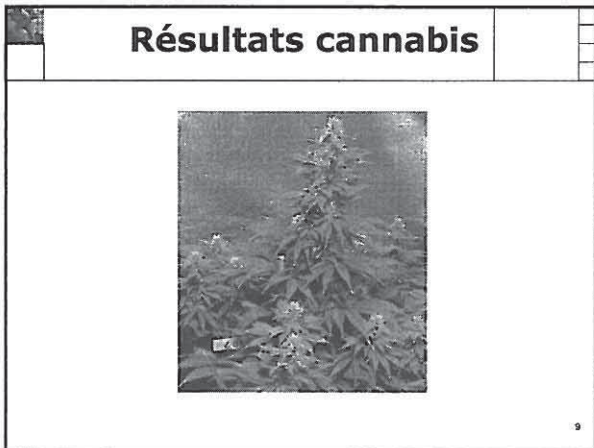
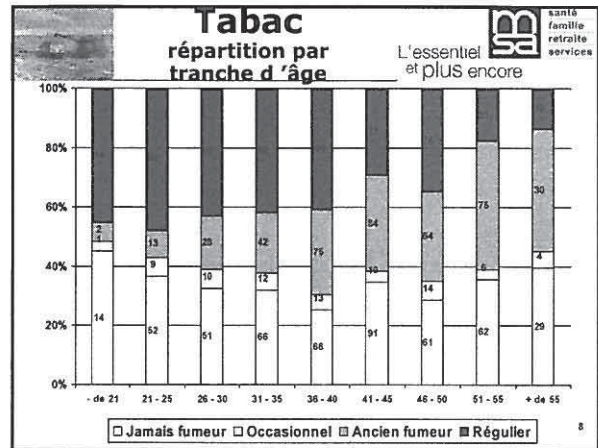
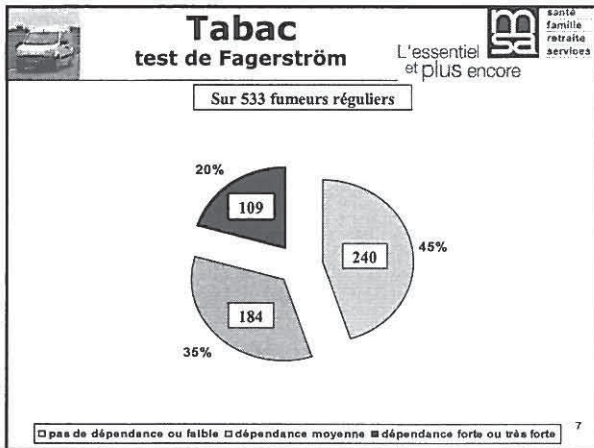
Tabac critères CIRC

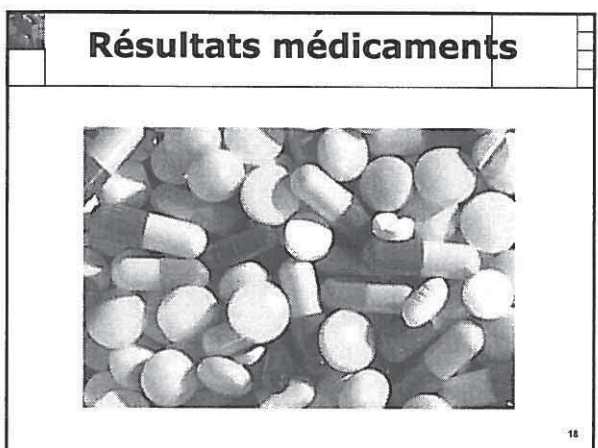
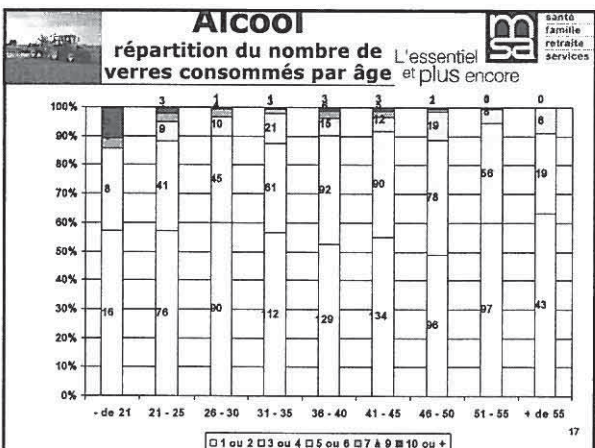
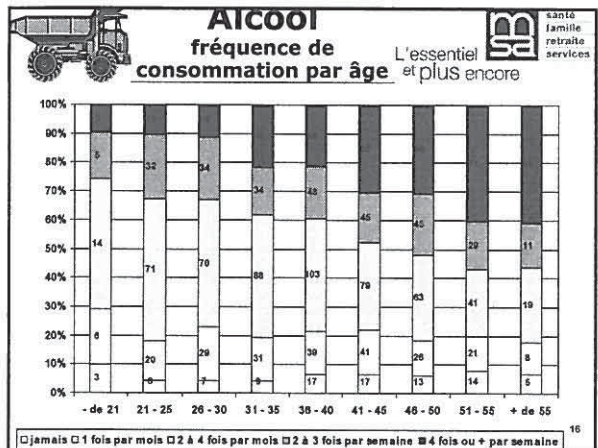
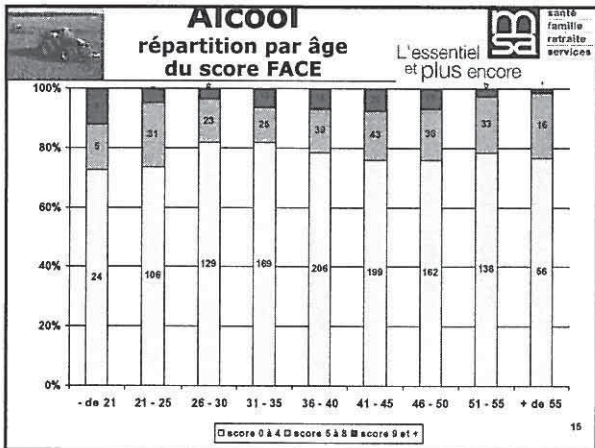
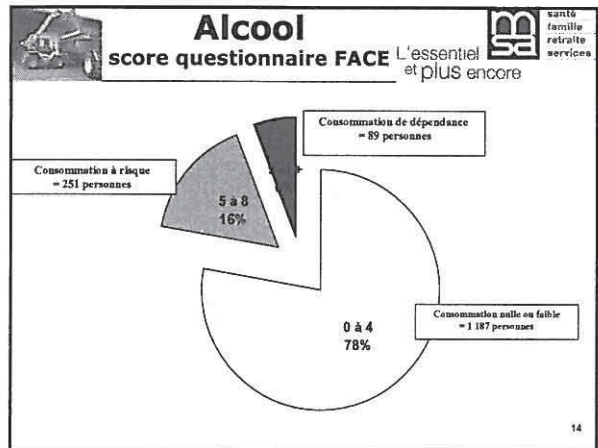
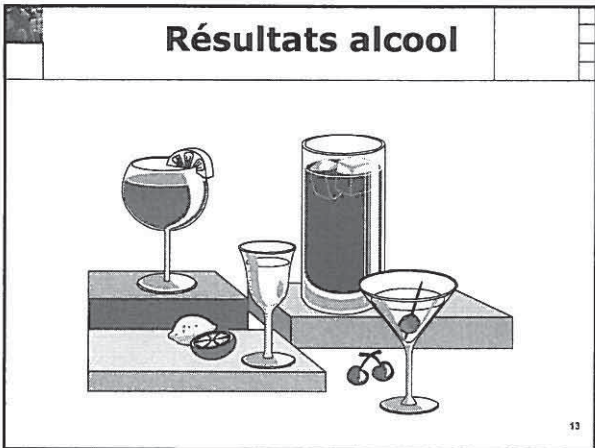
L'essentiel
et plus encore

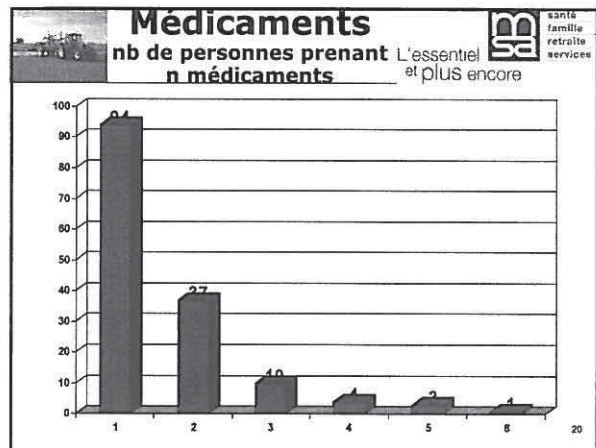
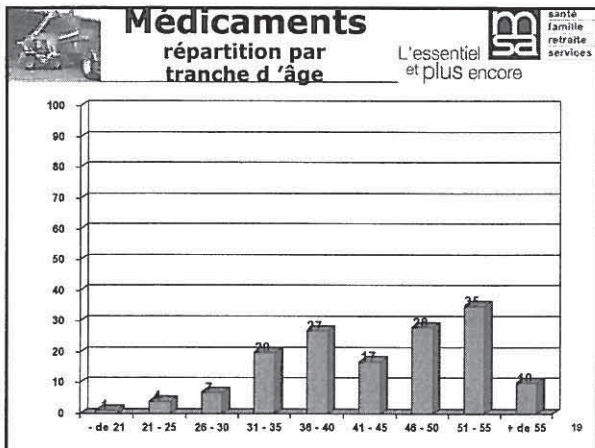


Catégorie	Nombre de personnes	Pourcentage
jamais fumeur	533	36%
occasionnel	492	32%
ancien fumeur	413	27%
régulier	79	5%

6



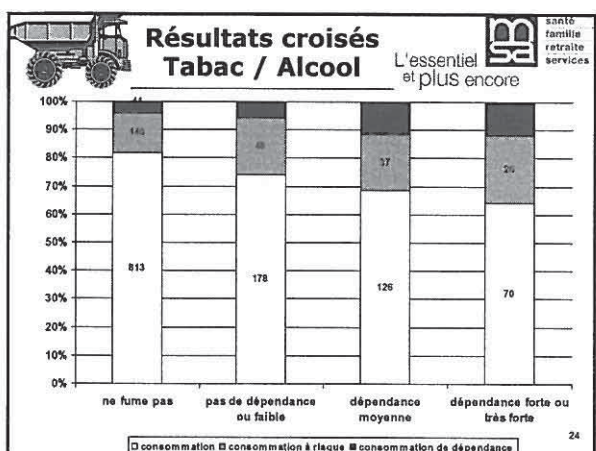
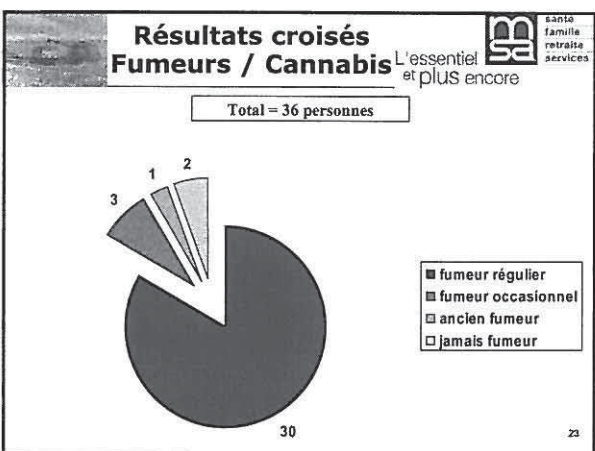
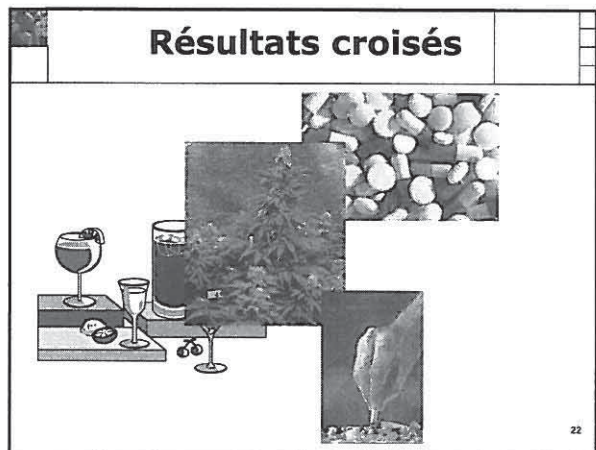


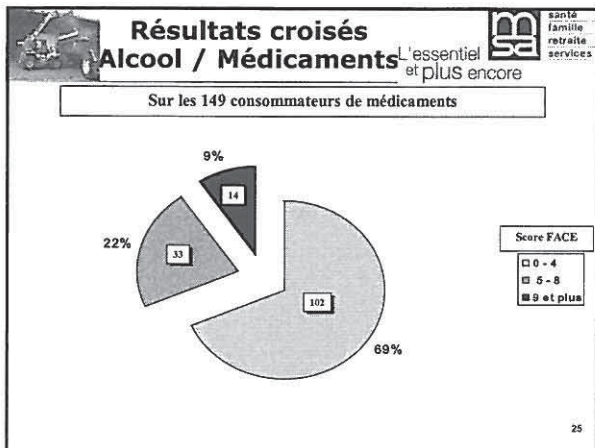


Médicaments prise de médicaments psychotropes

L'essentiel et plus encore

	Stress	pour dormir	dépression
• jamais	95,19 %	94,78 %	98,02 %
• moins d'une fois par mois	2,57 %	2,91 %	0,79 %
• au moins une fois par mois	0,53 %	0,33 %	0,00 %
• au moins une fois par semaine	0,26 %	0,79 %	0,00 %
• tous les jours	1,45 %	1,19 %	1,19 %





Conclusion

Enquêtes faites au cours d'un examen médical où une fiche d'aptitude était délivrée.

- homme de 30 ans
- fumeur régulier (Fagerström = 6)
- consommateur de cannabis de temps en temps
- usage d'alcool (FACE = 13)
- prend de temps en temps un anxiolytique

- homme de 20 ans
- fumeur régulier (Fagerström = 8)
- consommateur de cannabis tous les mois
- usage d'alcool (FACE = 19)
- mais ne prend pas de médicament

26

MSA santé famille retraite services

Merci à tous nos confrères, médecins du travail de la MSA pour leur collaboration

Conception MSA62 - Octobre 2005

Quelle couverture sociale pour la pathologie addictive ?

Mme Kim Nguyen

**Assistante sociale
Hôpital Fernand Widal, Paris**

Le service social hospitalier a pour mission prioritaire de faciliter l'accès aux soins des populations qu'il rencontre dans le cadre de consultations médicales ou au décours d'hospitalisation, et c'est effectivement cette «commande» que je m'efforce d'accomplir, au quotidien, et ce depuis une quinzaine d'années, au gré des modifications de la législation sociale.

Au cours des deux dernières décennies, les politiques de prévention et de lutte contre l'usage des substances psychoactives ont mis l'accent sur la nécessité de favoriser une plus grande cohérence du dispositif de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive, et de renforcer ce dispositif afin de faire face au problème de santé publique que constitue l'addiction dans toutes ses dimensions et composantes. Elle demeure une préoccupation socio-politique et judiciaire mais surtout médicale et médico-sociale dans la mesure où elle conduit à la prise en charge de sujets dépendants de produits toxiques, source d'altération de leur santé, les exposant à des complications psychiques et somatiques.

Les stratégies de traitement varient selon les produits et sont à adapter à leurs usagers.

Si l'objectif est de proposer aux patients d'initier une démarche de soins, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour faciliter celle-ci, en donnant la possibilité à chacun de se faire soigner comme il le faut, et pour améliorer l'accès à l'offre de soins.

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

Ces structures, certes pas assez nombreuses, sont de mieux en mieux identifiées et développent une synergie à laquelle concourent tous les intervenants du champ médical et psycho-social.

A l'hôpital Fernand Widal où je suis assistante sociale depuis un peu plus d'un an, coexistent un service de psychiatrie, un CSST, l'Espace Murger, ainsi qu'un service de médecine interne toxicologique, qui assure des consultations de pathologie professionnelle, de médecine, d'alcoologie et de tabacologie, et dispose de lits d'hospitalisation.

Je travaille avec des patients alcoolo-dépendants, et la couverture sociale est un sujet qu'on aborde très tôt. Lors de la première consultation médicale, la prise en charge des soins soutient l'élaboration du projet de soins, d'autant que la pathologie addictive engage un traitement de longue durée.

Je constate qu'une majorité de patients de notre service bénéficie d'une couverture sociale garantie à la fois par les régimes de sécurité sociale et les mutuelles, ou assurances privées.

Il s'agit de patients présentant une alcoolo-dépendance sévère, souvent associée à une autre addiction (des substituts nicotiques sont proposés au cours de l'hospitalisation) ou une pathologie somatique associée, nécessitant des hospitalisations et des sevrages résidentiels, au gré des phases d'abstinence et de réalcoolisation.



Il s'agit également de patients pour la plupart isolés, n'ayant plus de prise avec le monde du travail pour certains, bénéficiant de revenus modestes, voire de minima sociaux, endettés, et pour qui le prélèvement d'une cotisation d'assurance complémentaire pèse un peu plus sur l'équilibre instable du budget.

Les patients sont rassurés de savoir que les frais d'hospitalisation ne seront pas à leur charge. Plus que les autres peut-être, ils savent qu'une hospitalisation coûte cher.

Aujourd'hui, le régime de sécurité sociale couvre presque toute la population.

D'une logique d'assurance sociale professionnelle, nous sommes passés, 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 27/07/99 de la couverture maladie universelle, entrée en vigueur le 1/01/2000, 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.

Mise en place dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire est un dispositif prévu pour les personnes dont les ressources sont supérieures dans la limite de 15 % au plafond fixé pour l'attribution de la CMUC (576,13 euros pour 1 personne). En pratique, il s'agit d'une aide financière au paiement d'une cotisation pour une couverture maladie complémentaire dont le montant varie selon l'âge du bénéficiaire (- de 25 ans = 75 euros - de 25 à 56 ans = 150 euros - 60 ans et + = 250 euros/an).

La loi de lutte contre les exclusions du 29/07/1998 avait permis, au préalable, la création, au sein des établissements hospitaliers, de permanences d'accès aux soins de santé (PASS), destinées à faciliter l'accès aux soins des populations en situation de précarité sociale.

Ce dispositif pérenne accueille aujourd'hui des personnes sans couverture sociale, intégrale ou complémentaire, ou en attente de décision, au décours de consultations de médecine ou de spécialités ; les traitements prescrits étant dispensés par les services de la pharmacie des hôpitaux (MSO, médicaments de substitution aux opiacés, par exemple).

A Fernand Widal, les patients de la consultation Espace Murger sont les principaux bénéficiaires de ce dispositif, qui permet un accès immédiat aux soins et aux traitements, en contournant l'inadéquation de la situation des personnes par rapport aux critères d'accès aux soins, évitant les risques encourus en l'absence de suivi ou de bonne observance des traitements (pathologies virales infectieuses) et favorisant le maintien des soins dans la durée.

Par contre, les récentes modifications d'accès à l'Aide Médicale Etat, qui assure une couverture intégrale des dépenses de santé aux personnes de nationalité étrangère, en situation irrégulière de séjour mais justifiant d'une présence sur le territoire français supérieure ou égale à 3 mois, et sous réserve de conditions de ressources, risquent de porter atteinte à la santé de personnes déjà précarisées.

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, on peut noter :

- 1996 : remboursement à 65 % des médicaments de substitution des opiacés par les caisses de Sécurité sociale.
- 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.
- Octobre 2004 : prise en compte au titre des affections de longue durée (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).

Cette modification de la liste des ALD permet aux patients dépendants une prise en charge intégrale des soins en rapport avec leur affection, sans avoir à solliciter le concours des mutuelles ou assurances complémentaires qui parfois leur font défaut (d'autant que se pose le problème de certaines mutuelles ou assurances privées excluant le risque alcool ou psychiatrique de leur garantie).

Jusqu'alors, cette prise en charge à 100 % ne pouvait être obtenue que par la mise en avant d'une comorbidité psychiatrique ou somatique, c'est à dire lorsque les dommages de l'alcool-dépendance étaient constatés.

Cette reconnaissance de la pathologie addictive en tant qu'affection de longue durée confirme le risque social que représente la pathologie addictive 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 infirmer cette tendance.

En effet, depuis janvier 2005, les centres de sécurité sociale (tous régimes confondus), n'assurent plus de réponse téléphonique aussi bien aux assurés qu'aux professionnels. De ce fait, force est de constater que, l'accès aux informations concernant la couverture sociale des assurés devient encore plus difficile ; les télé-conseillers des plateformes téléphoniques nouvellement installées transmettent les éléments d'ouverture de droits avec parcimonie au motif de la confidentialité et peut-être aussi d'impératifs de production.

La mise en œuvre de «la maîtrise médicalisée des dépenses de santé» destinée à préserver le système de santé appelle à un effort de chacun des assurés : déduction d'1 euro sur tout remboursement d'acte médical (à l'exception des bénéficiaires de la CMUC et de l'AME, des - de 16 ans et les femmes enceintes), augmentation du forfait journalier d'1 euro/an pendant 3 ans (son montant s'élèvera à 17 euros en 2007), de même qu'elle engage une lutte contre les abus et le gaspillage au moyen d'un contrôle accru des arrêts de travail par les médecins conseil des caisses primaires (contrôle systématique des arrêts de plus de deux mois).

Qu'advient-il de l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie des salariés, ou des demandeurs d'emploi indemnisés, atteints de pathologie addictive, reconnue ALD, censée garantir une compensation partielle de la perte de salaire lors des arrêts de travail prescrits médicalement ?

Que dire des décisions de mise en invalidité 1^{ère} catégorie de patients alcool-dépendants, engagés dans une démarche de soins, au motif que leur état de santé est «non évolutif» alors qu'ils sont encore au stade de la découverte de leur dépendance ?

Comment organiser la continuité des soins au regard des contraintes du schéma régional d'organisation sanitaire qui impose des hospitalisations en établissements de soins de suite à l'intérieur «du bassin de vie», sans tenir compte des indications posées par les médecins traitants et surtout de l'absence de structures de proximité ?

Ces mesures d'économie, par ailleurs justifiées, peuvent avoir des conséquences désastreuses sur les patients, si le systématisme prime sur l'individualité, et le quantitatif sur le qualitatif.

Couverture universelle mais disparité de la couverture sociale des arrêts maladie selon le statut et le régime auxquels les salariés appartiennent.

En exemple, les agents des fonctions publiques, et plus généralement les salariés affiliés à des régimes spéciaux, bénéficient d'une protection sociale plus étendue lors d'arrêt de travail, avec la possibilité de solliciter un congé de longue maladie ou de longue durée, qui leur permet un maintien de salaire tout en affirmant leur démarche de soins.

Les grandes entreprises offrent également à leurs salariés un système de prévoyance leur garantissant un complément de salaire pendant la période de maladie ou l'invalidité, ce qui a pour avantage d'éviter une baisse brutale des revenus.

Soutenir la réalité de la dépendance des patients, à travers un projet de soins en maintenant le lien avec le monde du travail par la reconnaissance et la prise en compte de leurs droits, nécessite de la part des intervenants d'intégrer dans leur pratique la gestion des relations avec les services de médecine du travail et les médecins conseils des caisses d'assurances sociales.

Au delà des mesures organisées par le système de protection sociale, la couverture sociale de 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 et d'autres cultures.

Car la pathologie 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 phénomène.

Effectivement, je constate dans ma pratique quotidienne que les patients alcoolo-dépendants n'ont pas accès aux structures de soins de suite généraux. Les refus d'admission sont quasi systématiques et rarement motivés. N'ont ils jamais besoin d'une convalescence dans un établissement sanitaire ?

Parallèlement, il n'existe pas de lits de soins de suite alcoologiques à Paris intra muros et très peu en région parisienne ; les patients originaires de l'Ile de France sont adressés vers des établissements de province du fait d'une répartition inégale des lits sur le territoire .

Autant la politique de santé publique visant à l'accompagnement des patients toxicomanes a permis la création et le développement d'hébergements de type appartements thérapeutiques (expérimentés dans le secteur psychiatrique), autant il n'existe aucune structure d'accueil intermédiaire entre les lieux de soins et la vie autonome, dans le champ de l'alcoologie.

De même, l'absence de structures d'accueil adaptées aux patients présentant des troubles cognitifs montre le désintérêt porté aux conséquences invalidantes de l'alcoolo-dépendance et gêne considérablement la poursuite des soins qui doit s'inscrire sur du long terme.

Et parce que le traitement de la pathologie addictive ne peut se faire en un temps limité, au risque de compromettre la relation de confiance instaurée avec les patients, l'alcoologie est une activité coûteuse pour les hôpitaux car le système d'évaluation hospitalière favorise la comptabilité d'actes médicaux et rapides.

Coûteuse, mais pas tant que ça, au regard du coût social de l'alcoolo-dépendance qui comprend l'ensemble des coûts économiques (les frais de traitements médicaux ambulatoires et résidentiels, les dommages matériels consécutifs aux accidents, les journées de travail perdues en raison de maladie, d'invalidité ou de décès prématurés), auxquels il convient d'ajouter les coûts humains, c'est à dire la perte de qualité de vie des personnes touchées dans leur santé et celle de leurs proches.

C'est pourquoi les unités spécialisées en addictologie doivent sensibiliser le dispositif général sanitaire à l'accueil des usagers et défendre l'intérêt d'un traitement précoce.

Quelle priorité accordée à la lutte contre la pathologie addictive ?

Il demeure nécessaire de considérer l'importance d'une coordination renforcée entre les actions sociales et médicales, respectant les conditions d'exercice de chacune des composantes.

Outil à privilégier, l'accompagnement social prend tout son sens auprès des personnes souffrant de pathologie addictive.

Car s'il existe des variantes notables dans les problématiques des consommateurs de substances psycho-actives, selon qu'elles sont légales ou illégales, et si l'usage du produit a dans un premier temps une fonction d'affirmation et d'intégration à un système social, son abus peut avoir un effet antagoniste, en ce sens qu'il génère une situation de rupture et de précarité sociale, ainsi qu'une vulnérabilité identitaire, isolant la personne qui peut se trouver dépourvue des deux piliers d'appartenance que sont la famille et l'emploi.

L'assistante sociale ou le travailleur social, dans sa relation avec la personne dépendante, favorisera les conditions d'un accueil individualisé, condition essentielle à l'élaboration et la construction d'un plan d'aide, au soutien et à la mise en œuvre d'actions visant à la réhabilitation du patient, à la fois sur le plan personnel, familial et social.

De par sa fonction d'interface, il saura interpeller les différents partenaires du champ médico-social et de l'insertion (réseaux médico-sociaux, services sociaux polyvalents, spécialisés sécurité sociale, service social du personnel, ANPE,...) en favorisant et en cherchant à créer, le plus souvent possible un lien social.

Serait-il en quelque sorte le garant de la protection et de la couverture sociale des usagers ?

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

Pr D. Bertrand

Médecin National, Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, Bagnolet

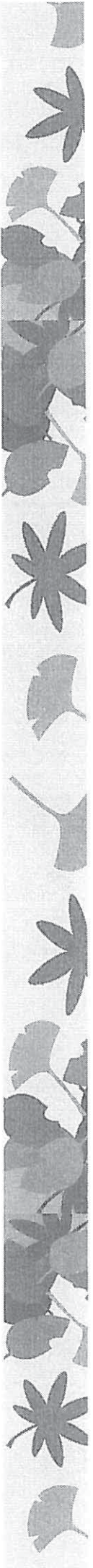
Dans un passé récent, chaque consommation de substances entraînant une dépendance était individualisée et leur étude était centrée sur les effets du produit considéré (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme...). La politique de prévention et de soins était avant tout basée sur la non consommation, et la 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 inscrits dans la loi de santé publique impliquent 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'entrées 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 ;
- une prise en charge d'un protocole de sevrage tabagique (5 consultations : 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.

Des groupes pluridisciplinaires existent dans de nombreuses caisses de MSA autour des problématiques d'invalidité, d'inaptitude, de handicap, ils pourraient être étendus également à la problématique des conduites addictives.

Fort de ces avantages, il est important que la MSA puisse s'intégrer dans l'activité en réseau nécessaire dans ce contexte complexe et sensible, telle qu'elle l'a déjà fait pour d'autres problématiques comme les réseaux gérontologiques.



Atelier I

Jeunes, cannabis et vigilance

Dr A. Benyamina

Addictologue, Département Psychiatrie et addictologie,
Hôpital Paul Brousse, Villejuif





Institut National de Médecine Agricole 6 octobre 2005

JEUNES, CANNABIS ET VIGILANCE

Dr. Amine BENYAMINA, Pr. Michel REYNAUD
Hôpital Universitaire Paul Brousse
Département de Psychiatrie et d'Addictologie
Villejuif



Ces 10 dernières années, la consommation de cannabis chez les adolescents a considérablement augmenté.

Principalement herbe ou résine, riches en principe psychoactif

Utilisation récréative, autothérapeutique

Problématiques adolescentes : intrusion, abandon

Différentes thérapies sont proposées



Aspects psychopathologiques

Facteurs complexes, nécessité d'une approche pluridisciplinaire

L'usage des toxiques et les conduites déviantes sont classiquement associés.

Troubles des conduites précèdent généralement l'usage de drogue



Facteurs socioculturels et influence de la famille

Selon Bergeret et al « ...la progression des toxicomanies traduit un véritable désarroi enregistré au niveau de notre civilisation... »

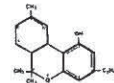
Les modifications de la société se feront sentir sur le développement de l'enfant par le biais, par exemple, d'un effacement de la spécificité du rôle du père.



Consommation de cannabis révélatrice d'une vulnérabilité plus que d'une pathologie



PHARMACOLOGIE



- La résine de cannabis : 400 composants, un seul est à l'origine des effets psychotropes, le trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 THC)
- La teneur en THC varie en fonction de la provenance
- Substance liquide, instable, huileuse, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool
- Le caractère liposoluble explique le métabolisme du THC



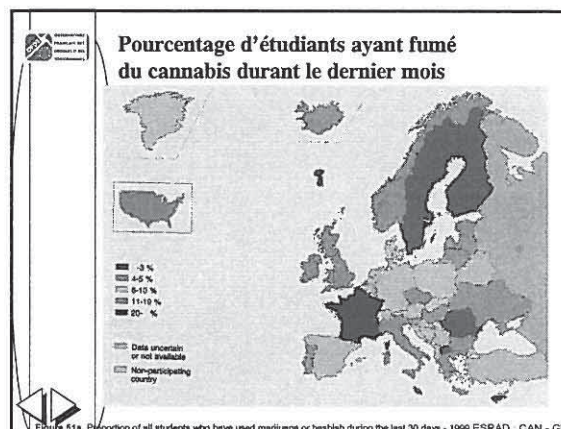
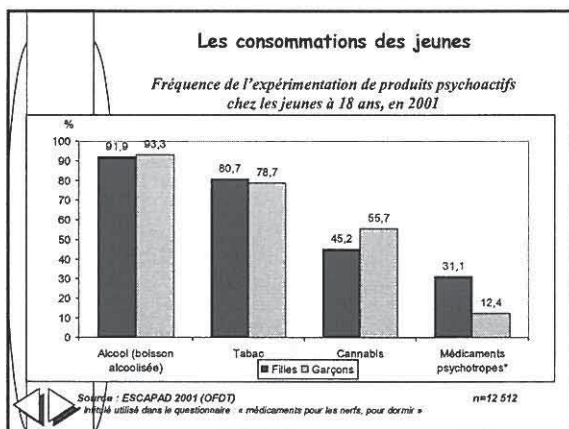
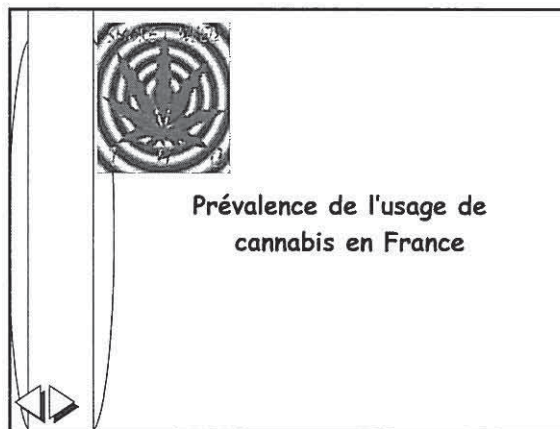
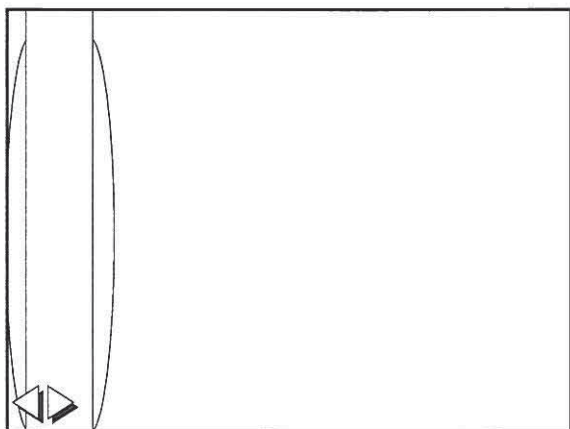
Types de préparation du cannabis

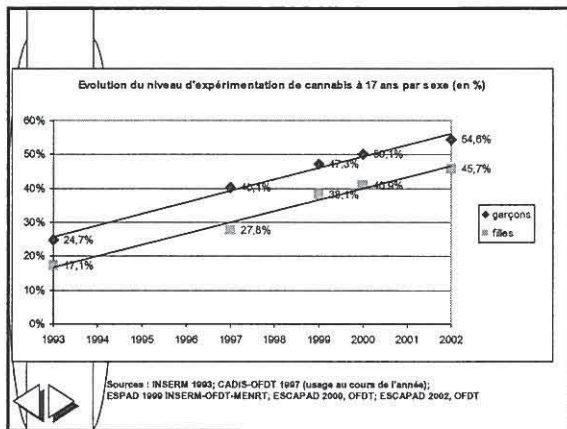
Item	Composition	Informations réglementaires (usage)	Consommation	Pays producteurs	Teneur en Δ ⁹ THC (en % de poids)
Herbe		Herbe (44)		Mexico	1 à 5 %
SH	Faibles substitués	Trauc (44)		Liban	3 à 5 %
Herbes		For. douce (Her. press)	Opérites	U.S.A.	3 à 5 %
Herbes		Infusions et (American Her)		Mexico	5 %
Herbes	grasses et pures ou sp. séchées et hachées			U.S.A. (California)	15 %
Herbes	Haché de feuilles		Bonbons		< 5 %
Herbes	Faibles et fleurs		Coffrets	Inde, Pakistan	variable
Herbes	Jeunes feuilles et fleurs hachées	(44)	Bonbons		15 à 25 %
Herbes		H (AMM), (44)	Opérites	Inde, Ouzbékistan, Afghanistan	5 à 15 %
Herbes	Résine séchée, tamisée et agglomérée	(44)		Mexico	25-40 %
Herbes	Extrait liquide		Mélange	Iran, Afghanistan	30 %
Herbes	Distillé				60 %

Dépistage biologique

Caractéristiques analytiques	Délai maximum de détection	Domaine d'application	Méthodologies disponibles
Urine	THC-COOH (actif) 2 à 7 jours Consommation régulière 7 à 21 jours	Dépistage et/ou consommation	Oui Nombreux tests rapides
Salive	THC (actif) 2 à 10 heures	Dépistage d'une consommation récente	Non Pas de tests rapides
Sueur	THC Très variable	Peu d'intérêt	Non Pas de tests rapides
Cheveux	THC Indéfini	Révélation et suivi d'un usage régulier	Oui CPG-EM
Sang	THC 11-OH THC (actif) THC-COOH	Confirmation et dosage	Oui CPG-EM

GC/MS chromatographie en phase gazeuse-spectrométrie de masse. THC, Δ⁹THC (actif); (de)pourvu d'effets psychotroques





ELEMENTS DE NEUROBIOLOGIE

Système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique d'adaptation

Toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance :
 activent les circuits dopaminergiques mésolimbiques, système de récompense augmentent la concentration de dopamine dans le noyau accumbens (Di Chiara)

ELEMENTS DE NEUROBIOLOGIE (2)

- La consommation de cannabis, comme celle des autres drogues, entraîne une stimulation de la voie dopaminergique mésocorticolimbique, qui intervient dans le «système de récompense»
- une prédisposition biochimique au comportement abusif se mettrait en place dès les premiers contacts avec la drogue. Cette vulnérabilité pourrait être régulée par des facteurs génétiques, psychoaffectifs et d'environnement socio-culturels.

DEFINITIONS

- Usage** : consommation de substances psychoactives sans complication somatique ni dommage, complications d'ordre possible pénal ou social quand elles existent
- Usage nocif (CIM-10)** : dommages physiques ou psychiques induits par une consommation répétée; absence de critères diagnostiques de dépendance au cannabis; s'accompagne de conséquences sociales négatives
- Abus (DSM-IV)** : dommages psychoaffectifs et sociaux
- Dépendance** : perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique
tolérance/ sevrage/ compulsion/ dommages

LA CLINIQUE

L'intoxication ou ivresse cannabique

Elle survient dans les 2 heures qui suivent la prise.

Les effets psychosensoriels durent 3 à 8 heures, les perturbations cognitives 24 heures.

L'intoxication ou ivresse cannabique (2)



- Un vécu affectif de bien être avec euphorie
- Des modifications sensorielles inconstantes à faible dose
- Perception visuelle, tactile, auditive
- Illusion perceptive, hallucinations
- Sentiment de ralentissement du temps
- Perturbations cognitives : mémoire de fixation
- Augmentation du temps de réaction
- Troubles de la coordination motrice
- Difficultés à effectuer des tâches complexes

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LIES A L'USAGE DE CANNABIS

Les classifications internationales définissent

les troubles liés au cannabis :

ivresse ou intoxication, usage nocif ou abusif et dépendance,

les troubles induits par le cannabis :

anxieux, psychotiques, confuso-oniriques et syndrome amotivationnel.

Les comorbidités psychiatriques

association de troubles sans causalité affirmée.

L'usage nocif ou abus de cannabis



- Les critères diagnostiques de l'usage nocif et de l'abus ont été définis dans la CIM10 (OMS) et le DSMIV (APA).
- On parle d'usage nocif et d'abus de cannabis quand il y a poursuite de l'usage malgré l'existence de complications physiques, psychiques, relationnelles, professionnelles ou judiciaires.
- Sans atteindre le niveau de dépendance.


La dépendance au cannabis

- Reconnue dans les classifications internationales des troubles mentaux.
- Diagnostic psychiatrique porté sur des critères biologiques, psychologiques et comportementaux.
- La dépendance psychologique au cannabis est associée à une dépendance physique faible.
- Tolérance à des doses de plus en plus élevées.
- Présence de manifestation de sevrage à l'arrêt.


Cannabis et sevrage



- Le syndrome de sevrage au cannabis n'est pas reconnu.
- Toutefois, dans les 15 jours après l'arrêt de l'intoxication : anxiété, irritabilité, agitation, troubles du sommeil.




LES TROUBLES INDUITS PAR L'USAGE DE CANNABIS



Les troubles anxieux

Ce sont les troubles les plus fréquents.


- L'attaque de panique (bad trip)
- Syndrome de dépersonnalisation, immédiat, peut durer quelques semaines : angoisse chronique, déréalisation, insomnie, fatigue, sentiment d'étrangeté, déjà vu, humeur dépressive, asthénie, perturbations cognitives



Les troubles psychotiques

A distinguer des troubles schizophréniques.

- Bouffées délirantes aiguës : facteurs psychologiques précipitants, forte dose
- Hallucinations visuelles plutôt qu'auditives
- La résolution sous traitement neuroleptique est rapide avec prise de conscience du caractère délirant de l'épisode.



Les troubles psychotiques

2 autres troubles psychotiques sont à distinguer :

- Les sentiments persécutifs diffus ou effet parano
- Le *flash-back* ou rémanences spontanées




Le syndrome amotivationnel

Mal référencé dans la littérature internationale :

- Déficit de l'activité
- Asthénie intellectuelle et physique
- Perturbations cognitives
- Pensée abstraite et floue
- Difficultés de concentration et mnésiques
- Rétrécissement de la vie relationnelle

Pose le diagnostic différentiel de certaines formes schizophréniques ou de détérioration mentale



Les états confuso-onirique

- Exceptionnels
- la désorientation temporo-spatiale au premier plan
- L'hospitalisation est habituellement nécessaire

Les troubles cognitifs



- Contemporains de l'intoxication et persistent tant que celle-ci dure
- Régressent dans le mois qui suit l'arrêt



LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ASSOCIEES AU CANNABIS

Préambule



Les comorbidités sont des associations nosographiques sans lien de causalité affirmée.

Une co-occurrence trop fréquente pose des questions étiopathogéniques en particulier pour le trouble schizophrénique.

Schizophrénie et cannabis



L'abus et la dépendance au cannabis sont fréquents en population schizophrénique :

- entre 15 à 40 % pour 5,6 à 7,7 % de la population générale.
- La fréquence élevée renvoie à plusieurs hypothèses

Schizophrénie et cannabis

- Hypothèse de l'*automédication* : 1/3 des patients
- Hypothèse *pharmacopsychotique* : le produit induit des troubles psychotiques et syndrome amotivationnel proche des symptômes schizophréniques
- *Vulnérabilité commune* entre schizophrénie et dépendance au cannabis : interaction entre système cannabinoïde et dopaminergique

Les troubles de l'humeur



30 à 50 % des consommateurs de

- Etat dépressif majeur : nécessité de chimiothérapie anti-dépressive
- Réactions dépressives aiguës : peu sensible aux AD, mieux avec les anxiolytiques ou antipsychotiques déshinibiteurs
- Les structurations dépressives de la personnalité : borderline, abandonnique, narcissique : nécessité de suivi psychothérapique

Les troubles anxieux autres que induits

- La prévalence des troubles anxieux chez les utilisateurs réguliers de cannabis varie de 18 à 22 %
- Le cannabis favorise les attaques de panique, améliore l'anxiété des anxieux.

Les troubles des comportements alimentaires

- Fréquemment associées à la boulimie
- Les boulimiques cannabino-philes ont un trouble plus sévère, plus recours aux laxatifs, plus de TS, plus d'hospitalisations, de décompensation anxieuse ou dépressive que les non cannabino-philes.

A retenir



- Les troubles psychiatriques du cannabis sont fréquents et divers
- L'usage du cannabis est un facteur d'aggravation de toutes les pathologies
- La fréquence de l'association abus de cannabis / troubles schizophréniques pose des questions spécifiques
- Sa consommation est problématique chez les sujets vulnérables : adolescents, sujets développant des troubles mentaux

La prise en charge thérapeutique



Outils et échelles de mesure

ADOSPA

ADOLESCENTS SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Version française du CRAFFT (Reynaud, Kanla, Legleye, Beck 2002)

- A** Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (AUTO, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
- D** Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous DÉTENDRE, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
- O** Vous est-il déjà arrivé d'OUBLIER ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
- S** Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes SEUL(E) ?
- P** Avez-vous déjà eu des PROBLÈMES en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
- A** Vos AMIS ou votre famille ou vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

2 à 3 réponses positives suggèrent un usage problématique.

Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis

(Reynaud, Karila, Legleye, Beck 2002)

- * Votre entourage s'est-il plaint de votre usage de cannabis ?
 - Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
 - Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
 - Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
 - Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
 - ◇ Vous êtes-vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?
 - ◇ Avez-vous plus de difficultés à étudier ? à intégrer des informations nouvelles ?
 - ▣ Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
 - ◇ Aimez-vous « planer », « être défoncé(e) », « stoned » dès le matin ?
 - ◇ Êtes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
 - ◇ Avez-vous ressenti « le manque », des maux de têtes, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage de cannabis ?
- Les réponses positives, ou plus, suggèrent un usage problématique de cannabis

Les entretiens dits motivationnels

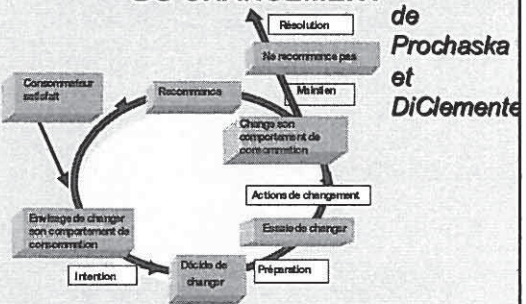


Ces entretiens reposent sur le principe qu'un patient n'arrivera à un changement de comportement que si la motivation vient de lui-même et non imposée par le thérapeute ou par l'entourage

Origine du concept

- Développé dans les années 1980
- William Miller et Stephen Rollnick, style relationnel et état d'esprit
- Prochaska et Carlo DiClemente, modèle transthéorique du changement, postule l'existence de 6 stades de changement

LE MODELE TRANS-THEORIQUE DU CHANGEMENT



Résistance et motivations aux changements

Elle est le produit d'interactions successives entre le patient et son entourage et/ou son thérapeute

Les objectifs de l'entretien motivationnel

- L'objectif ultime : mettre en œuvre et maintenir le changement de comportement
- Objectifs intermédiaires : dépend du stade
 - *l'indétermination* : faire apparaître un doute
 - *l'intention* : explorer l'ambivalence, augmenter la confiance
 - *Préparation* : proposer un choix de stratégie de changement
 - *L'action* : accompagner le patient dans le processus de changement : ex, le sevrage.
 - *La consolidation* : stratégies de prévention de rechutes
 - *La rechute* : dédramatiser et s'engager de nouveau dans le processus.

Des principes des interventions motivationnelles

- Manifester de l'empathie
- Montrer les contradictions :
 - Eviter l'affrontement, ne pas forcer la résistance
- Renforcer le sentiment de liberté de choix
 - Eviter la « réactance »
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

Les pièges motivationnels

- Le piège questions/réponses, questions fermées
- La confrontation
- L'expertise
- L'étiquette diagnostique
- La focalisation d'emblée sur le problème
- Le piège du jugement

Les Concepts Cles

- Ambivalence face à la consommation
- Ecoute active avec reformulation
 - Reformulation simple
 - Reformulation avec précision du sens
 - Reformulation avec précision des émotions
- Questions ouvertes

Comment mener un entretien motivationnel ?

- Utiliser autant que possible des questions ouvertes
- L'écoute en écho : c'est la reformulation du discours du patient
- Inciter les déclarations motivationnelles par des questions ouvertes
- Résumer les différents éléments motivationnels de l'entretien plusieurs fois pendant la séance, à la fin d'une séance et au début de la séance suivante

Les différentes stratégies

- L'empathie
- Pointer les contradictions
- Proscrire la confrontation et éviter de convaincre
- Faire avec les résistances
- Aider à l'autonomie

Conclusion

- Style relationnel et un état d'esprit centrés sur le patient
- Caractérisé par l'importance de l'empathie et la reconnaissance des résistances
- Respect du choix et renforcement de l'efficacité personnelle

Vignette n° 1

Bruno, polytoxicomane et violent

Bruno, 19 ans, rend la vie de famille insupportable depuis plus de 2 ans. Il est agressif avec son frère, violent avec sa mère qui vit seule avec ses 2 garçons depuis la mort du père.

Bruno consomme du cannabis quotidiennement jusqu'à 10 joints par jour et fume 30 cigarettes par jour. Il consomme régulièrement de l'alcool et des médicaments anxiolytiques et psychostimulants.

Il dort le jour et deale la nuit, rentre à n'importe quelle heure réveillant sans aucune gêne le reste de la famille. Il a fait l'objet de 2 interpellations pour détention de stupéfiants.

Un soir sa mère décide de le mettre à la porte pour préserver son jeune frère. Une violente dispute éclate et Bruno frappe sa mère et son frère, devient incontrôlable.

Le médecin de famille appelé le fait hospitaliser pour crise clastique dans le service de psychiatrie où vous exercez. Le lendemain Bruno est agité et agressif, il fume des cigarettes dans sa chambre et réclame du « shit » pour se calmer...

Quelle attitude thérapeutique et relationnelle vous paraît la plus adaptée dans cette situation ?

Vignette n° 2

Sophie, « mal dans sa peau »

Sophie, une adolescente de 17 ans, un peu ronde et mal dans sa peau, a fumé son premier joint un jour à la sortie de lycée parce qu'elle était curieuse d'en connaître les effets.

- Très vite, elle s'est mise à en acheter, notamment pour égayer ses soirées. Sophie le dit elle-même : « c'était un phénomène de groupe, on se retrouvait à plusieurs pour fumer... » Au début de sa consommation, le produit lui servait à s'amuser et était perçu comme une échappatoire « très sympa ».
- Puis, Sophie a cherché dans le cannabis le côté euphorisant qui lui « mettait la tête à l'envers » et qui lui permettait d'oublier ses soucis en particulier son problème de poids et ses conflits avec ses parents.

- Quelques mois plus tard elle est devenue dépendante du produit, elle a perdu sa joie de vivre et ses résultats scolaires sont en chute vertigineuse.
 - Elle est intriguée par la campagne télévisée de prévention du cannabis, se reconnaît dans les propos tenus et prend peur des conséquences de sa consommation et du fait qu'elle ne peut plus s'en passer.
 - Elle vient consulter au CMP, désespérée ne sachant ce que l'on peut faire pour elle à présent.
- Quelle attitude thérapeutique et relationnelle vous paraît la plus adaptée dans cette situation ?

Atelier 2

**Outils et matériel de dépistage, stratégie
d'utilisation, techniques d'adultération à connaître**

**Dépistage des conduits toxicophiles en entreprise.
Aspects éthiques, législatifs, relationnels**

**Les outils de dépistage : méthodes, matériel. Quelles
utilisations ?**

**Aspects pratiques de l'adaptation des modalités d'un
traitement de substitution aux opiacés (TSO) devant
des impératifs de sécurité - sûreté**

Pr M. Lhermitte

Laboratoire de toxicologie et de génopathies, CHRU Lille

Dr B. Fontaine

Médecin du travail, AMEST, Animateur groupe ISTNF
« Toxicomanie et travail », Lille

Mr L. Humbert

Laboratoire de toxicologie et de génopathies,
Hôpital Calmette, CHRU Lille

Dr L. Labat

Laboratoire de toxicologie et de génopathies, CHRU Lille



Dépistage des conduites
toxicophiles en entreprise
Aspects éthiques, législatifs,
relationnels.

1991

3e Congrès d'Ethique Médicale

« le médecin doit concilier l'intérêt individuel et collectif : il doit respecter à la fois un homme et l'Homme. Les deux devoirs sont inséparables, même s'ils apparaissent parfois antagonistes ».

A nous de tenter de les unir et de réussir cette union.

Dr Louis RENE, Président du Conseil National de l'Ordre.

Devoirs du médecin du travail

- Identifier les comportements individuels à risque et orienter les patients détectés.
- Protéger de lui-même chaque salarié affecté à un poste de sécurité.
- Assurer la sécurité pour tous dans l'entreprise.

Bref, s'inscrire dans la nouvelle définition de l'article R.241-30 du Code du travail (décret 2004-760 du 28 juillet 2004) qui demande au médecin d'agir « dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs... »

Code Pénal

Loi sur les stupéfiants (31.12.70)

Toutes les substances addictogènes sont illicites.

Seule une consommation thérapeutique est autorisée.

L'offre, la cession, le transport, la détention, la production, l'importation sont répréhensibles.

Code de Santé Publique

- Art.L.3411-1 à L.3425-5 (ex art.L.623 à L.630)

Le trafic et l'usage de stupéfiants sont illicites. Toute drogue est dangereuse et interdite.

L'usage de drogue a des conséquences pénales.

Code de Déontologie Médicale

- Exercice salarié de la médecine. Art.95

« ... il (le médecin) doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce »

Arrêté du 7 mai 1997 fixant la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

- Incompatibilité relative à la conduite (VL – PL) en cas de consommation régulière de psychotropes (sévérité plus grande pour les PL)
- Incompatibilité si abus ou dépendance.

Code de la route

- Décret 2001-751 du 27 août 2001 instituant une recherche systématique de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel.
- De plus, la loi 2001-1062 du 15 novembre 2001 étend la possibilité de ce dépistage aux conducteurs impliqués dans un accident corporel.
- Cette loi modifie la partie réglementaire du Code de la Route (art. L.235-1).

Code de la route

Nouvelles modifications
du Code de la Route
par la loi 2003.87
du 03 février 2003.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽¹⁾

L'art. L.235-1 est modifié et complété

■ L.235.1.1

« *La conduite sous l'influence de stupéfiants devient un délit (prouvé par prélèvements sanguins) »*

> 2 ans de prison

> 4 500 € d'amende.

Si alcoolémie > 0,5 g/l associée, 3 ans de prison et 9 000 € d'amende.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽²⁾

Peines complémentaires également encourues concernant le permis de conduire (PC)

- > Réduction de moitié des points du PC.
 - > Suspension pour 3 ans au plus du PC.
 - > Possibilité d'annulation du PC
- et impossibilité de le repasser avant 3 ans.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽³⁾

■ L.235-2

Les dépistages sont réalisés en cas d'implication dans :

- > *accident mortel (systématique)*
- > *accident corporel ou accident quelconque*

si raisons plausibles de soupçonner l'usage de stupéfiants.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽⁴⁾

Possibilité de dépistage de tout conducteur auteur présumé d'une infraction passible de réductions de points du PC, y compris

- > *vitesse excessive*
 - > *absence de port de ceinture*
- si raisons plausibles de soupçonner l'usage de stupéfiants.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽⁵⁾

■ L.235-3.1

Le refus de se soumettre à un dépistage entraîne 2 ans de prison et une amende de 4 500 € et les mêmes peines complémentaires que le L.235.1.I.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽⁶⁾

■ L.235-4

En cas de récidive, l'annulation du PC est automatique avec interdiction de le repasser avant 3 ans.

Loi 2003.87 du 03 février 2003 ⁽⁸⁾

Enfin,
modification de l'article L.211-6 du code des assurances.

Décret 2003-642 du 11 juillet 2003 portant application de certaines dispositions de la loi 2003-495 du 12 juin 2003.

Il modifie le code pénal, le code de procédure pénale et le code de la route :

La présence d'un métabolite d'une drogue entraîne une pénalisation. Il n'est plus nécessaire d'être sous l'emprise de stupéfiants.

A noter l'absence de seuils fixés pour caractériser l'infraction sur les prélèvements sanguins.

Code du Travail

Art. L.232.2

« Il est interdit à tout chef d'établissement... de laisser entrer ou séjourner des personnes en état d'ivresse »...

Il n'est pas précisé qu'il s'agit d'une ivresse alcoolique.

Code du Travail

- Art. L.230-3

Conformément aux instructions données par l'employeur (...), il incombe à chaque salarié de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou omissions au travail.

Arrêts de cour de cassation du 28 .02. 2002 ⁽¹⁾

⚠ Remise en cause totale de la loi d'avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail (AT)

- ✓ il y a maintenant, pour l'employeur, obligation contractuelle de résultat en matière de sécurité.
- ✓ la survenue d'un AT suffit à constater le manquement à l'obligation de sécurité.
- ✓ Emploi des termes « mesures nécessaires à préserver le salarié »

Arrêts de cour de cassation du 28 .02. 2002 ⁽²⁾

- ✓ Tout manquement à cette obligation devient automatiquement « faute inexcusable de l'employeur » et entraîne la réparation intégrale du préjudice.

Si l'employeur avait conscience du danger et/ou que les mesures nécessaires à préserver ses salariés n'avaient pas été prises.

Code du Travail

- Art. R.241-52

Le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude au poste de travail et notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail...

- Circulaire n°90/13 du 9 juillet 1990

« rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisé de manière systématique dans l'entreprise ».

Toutefois, dans certains cas particuliers, un dépistage peut être justifié (postes à risques).

- Arrêté du 24.04.2002

Concernant l'aviation civile et militaire.

Un dépistage des conduites toxicophiles est obligatoire pour tout candidat à l'école de contrôleurs aériens, et lors de la première affectation. Les dépistages ultérieurs sont laissés à l'appréciation du médecin du travail.

Arrêté du 30 juillet 2003

Ministère de l'Équipement et des Transports...

Cet arrêté concerne les agents habilités à exercer des fonctions de sécurité à la SNCF.

- définition précise des postes dits de sécurité à la SNCF.
- Instauration d'un dépistage obligatoire à l'embauche puis périodique des consommations de substances psychoactives.

Déclaration universelle des droits de l'homme

Art. 29

... Dans l'exercice de ses droits, et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui, et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique.

Rappel de la hiérarchie des textes juridiques

Constitution > traité ou directive > loi
> décret > arrêté > circulaire

Conclusion ⁽¹⁾

Un dépistage des conduites toxicophiles est juridiquement possible par le médecin du travail, mais dans certains cas et sous certaines conditions.

Il y a un intérêt évident à calquer sa pratique sur celle adoptée vis-à-vis de l'alcool.

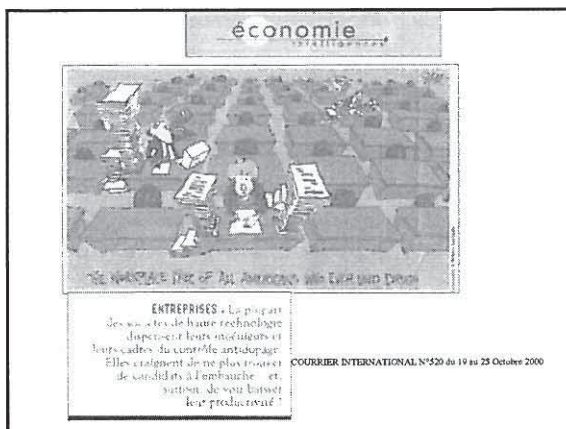
Conclusion ⁽²⁾

- Constatation par le médecin du travail d'un état anormal d'un salarié pouvant créer un danger : dans ce cas le dépistage est un examen complémentaire ordinaire (art. R.241-52 CT)

Conclusion ⁽³⁾

- Après définition d'une liste* de postes de sûreté / sécurité, annexée au règlement intérieur, pratique du dépistage à l'embauche des postulants, puis périodiquement.

* établie si possible de façon consensuelle au sein de l'entreprise.



Conclusion (4)

- Respect de l'éthique médicale indispensable :
- Salarié prévenu et informé
- Droit du salarié à un examen de confirmation par une méthode de référence ainsi qu'à une contre expertise
- Résultats remis à l'employeur uniquement en terme d'aptitude.

Position Ordinale

Dr M. DUCLOUX, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins

- Pour tout médecin le dépistage des conduites addictives est une partie intégrante de son rôle (Bulletin Ordre des Médecins, janvier 2005).
- Plus spécifiquement, pour le médecin du travail :
 - Interdiction de procéder à des tests de dépistage de toxicomanies sans distinction suivant les emplois postulés
 - par contre, dans le cas où l'usage de drogues peut présenter dans le poste envisagé un risque pour le salarié ou pour autrui, le dépistage est justifié,
mais nécessité ...

Position Ordinale

1. d'avertir l'intéressé de la réalisation du test
2. que les emplois à risque soient listés et que la liste de ces emplois soit insérée dans le Règlement Intérieur.

de plus ;

- le dépistage ne peut être pratiqué par l'employeur
- le Médecin du travail demeure seul détenteur et interprète du résultat
- a fiche d'aptitude ne doit renseigner que sur l'aptitude ou l'inaptitude, partielle ou totale sans mention de la motivation de la décision.

Position du Bureau International du Travail, in
« Principes Techniques et Ethiques de la Surveillance de la Santé des Travailleurs : principes directeurs » n° 72, 1998

« La surveillance de la santé des Travailleurs devrait comporter ... toutes les évaluations nécessaires pour protéger la santé des travailleurs, qui pourraient inclure :
une évaluation de la santé des travailleurs avant leur affectation à des postes spécifiques qui peuvent comporter un danger pour leur santé ou celle des autres... »

Charte de partenariat Sécurité Routière entre l'Etat et la Profession du Transport routier de marchandises signée les 10 et 12 octobre 2001

- Les 3 fédérations signataires (FNTR, TLF, Unotra) s'engagent à proposer aux pouvoirs publics et organismes concernés toute mesure en matière de prévention et détection de la consommation d'alcool ou de produits stupéfiants par les conducteurs.
- En contrepartie, l'Etat apportera son soutien aux entreprises ou fédérations mettant en œuvre des actions de prévention et de détection de l'alcool et des produits stupéfiants auprès de leurs conducteurs salariés, en particulier au niveau des aspects juridiques et des outils de communication.

Les outils de dépistage : méthodes, matériel. Quelles utilisations

L. Humbert

Laboratoire de toxicologie et de génopathies
Hôpital Calmette CHRU de Lille

La recherche d'une conduite addictive en milieu professionnel pose un certain nombre de problèmes. Parmi ceux-ci, doivent être pris en compte l'acceptabilité par le personnel objet de ces examens, le caractère non invasif des prélèvements, la nécessité de pouvoir les réaliser à grande échelle, la fiabilité et les limites des analyses ainsi que leurs côtés.

L'ensemble de ces contraintes impose, dans un premier temps au moins, le recours à des recueils urinaires. La salive est aussi un milieu accessible facilement, de nombreux fabricants développent des kits de dépistage adaptés à ce milieu. La plupart obtiennent des résultats intéressants avec un nombre néanmoins important de faux positifs et de faux négatifs ; le dépistage du cannabis cependant pose encore de nombreux problèmes et les kits proposés sur le marché ne sont pas encore au point.

Dans les urines, le dépistage est effectué à l'aide de kits d'immunoanalyse qui peuvent être soit non instrumentaux utilisables par les services de médecine du travail, soit instrumentaux destinés aux automates multiparamétriques des laboratoires d'analyses pour la recherche des principales classes de stupéfiants et également certaines classes de médicaments.

La fenêtre de détectabilité dans les différentes matrices biologiques de conduites addictives est aussi un critère qu'il faut prendre en considération.

La matrice cheveux connaît un essor grâce à sa très grande fenêtre de détection uniquement dépendante de leurs longueurs. Cependant ces analyses ne sont réalisables que dans des laboratoires d'analyses hautement spécialisés équipés de systèmes séparatifs couplés à de la détection par spectrométrie de masse.

En cas de dépistage positif par les kits d'immunoanalyse, une discussion entre le salarié et le médecin doit s'installer et/ou une technique séparative de confirmation doit être faite par un laboratoire spécialisé qui confirmera et identifiera de façon fiable la ou les molécules présentes.



Outils de dépistage

méthodes, matériels.

Quelles utilisations ?

Luo HUMBERT
Colloque « conduites addictives »
Lille, les 6 et 7 octobre 2005

Plan

1. Les matrices biologiques
2. Fenêtre de détection
3. Outils de dépistage

Outils de confirmation

Les matrices biologiques

- l'urine
- le sang
- la salive
- les cheveux

Choix de la matrice biologique

dépend de

- la facilité d'obtention en toutes circonstances
- la disponibilité et la fiabilité des tests
- le délai de suspicion d'une prise de substance

L'urine

- Avantages
 - ▶ recueil assez facile
 - ▶ existence de nombreux kits de dépistages fiables
 - ▶ fenêtre de détection de plusieurs jours
- Inconvénients
 - ▶ un dépistage positif ne signifie pas forcément sujet sous influence
 - ▶ risque de substitution ou d'altération

Le sang

- Avantages
 - ▶ indique que le personne est sous l'influence de la substance détectée
 - ▶ pas de risque de substitution ou d'altération
- Inconvénients
 - ▶ prélèvement invasif doit être fait par du personnel médical
 - ▶ fenêtre de détection plus étroite
 - ▶ il n'existe pas de kit de dépistage

La salive

- Avantages
 - ▶ recueil facile
 - ▶ contrôle visuel plus facile du risque de substitution ou d'altération
 - ▶ une présence salivaire indique une présence sanguine
- Inconvénients
 - ▶ peu de kits de dépistage fiables disponibles
 - ▶ fenêtre de détection plus étroite
 - ▶ xérostomie naturelle ou artificielle

Les cheveux

- Avantages
 - ▶ prélèvement non invasif
 - ▶ la molécule mère est présente en plus grande quantité que ses métabolites
 - ▶ fenêtre de détection beaucoup plus grande (dépend de la longueur des cheveux)
- Inconvénients
 - ▶ analyse réalisable que par des laboratoires très spécialisés
 - ▶ analyse plus longue et plus coûteuse
 - ▶ adulation possible par des traitements capillaires

Fenêtre de détection

dépend de nombreux facteurs

- la dose
- la voie d'administration
- l'usage aigu ou chronique
- le choix du liquide biologique
- le seuil de détection de la technique employée
- la nature de la molécule ou du métabolite recherché
- le pH et la concentration de l'urine
- les variations inter individuelles de métabolisation

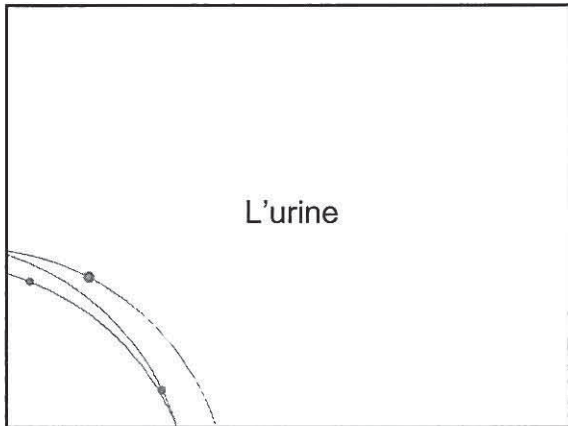
Fenêtre de détection des stupéfiants lors de dépistage immunochimiques

	Urines	Salive *
Cannabis	1 – 3 j (occas.) Plusieurs mois (chron.)	Décroissance rapide
Cocaïne	2 – 3 jours	12 à 24 h
Opiacés	2 – 3 jours	12 à 36 h
Amphétaminiques	3 – 5 jours	12 à 50 h

* Valeurs extraites du Symposium Salivre, 13e congrès SFTA Pau 2005

Les méthodes de dépistage

- Marché en pleine expansion, régulièrement de nouveaux kits apparaissent
 - tests immunochimiques non instrumentaux
 - tests immunochimiques instrumentaux



Les méthodes de dépistage urinaire

- tests immunochimiques non instrumentaux
 - ▶ 3 types de tests
 - ▶ immersion partielle d'une languette ou d'une carte
 - ▶ utilisation d'une pipette (qq gouttes d'échantillon sont introduites)
 - ▶ utilisation d'un réservoir ad hoc
 - ▶ besoin d'un volume échantillon très différent

Quelques tests urinaires

- Drugwipe
- Triage
- Frontline
- Multiscreencup

Commentaires

- La détection positive diffère selon les tests commerciaux (différence de seuils de détection)
- Il existe des kits plus ou moins sélectifs
- Certains kits peuvent évaluer une adultération

Les méthodes de dépistage urinaire

- tests immunochimiques instrumentaux
 - ▶ analyse faite dans un laboratoire sur des automates multiparamétriques





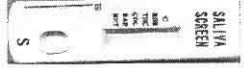
Les méthodes de dépistage urinaire

- tests immunochimiques instrumentaux
 - ▶ il existe plusieurs grands principes (EMIT, FPIA, KIMS, ...)
 - ▶ les résultats sont rendus par rapport à des cut off définis





→	cannabis	50 ng/mL
→	opiacés	300 ng/mL
→	cocaine	300 ng/mL
→	amphétaminiques	1000 ng/mL

La salive

Les tests salivaires en 2005 (I)

- Envitec Smartclip 
- Lifepoint Impact test system 
- Sun Biomedical Oraline 
- Securetec Drugwipe II 
- Ultimed Salivascreen 

Les tests salivaires en 2005 (II)

- Ultimed SalivaScreen, USA, 15/22 faux-négatifs 
- Cozart, USA, 6/33 faux-négatifs 
- Dräger, Belgique, 50 % faux-négatifs 
- Branan, Allemagne, entre 41 et 86 % des tests ne fonctionnent pas 

Commentaires (I)

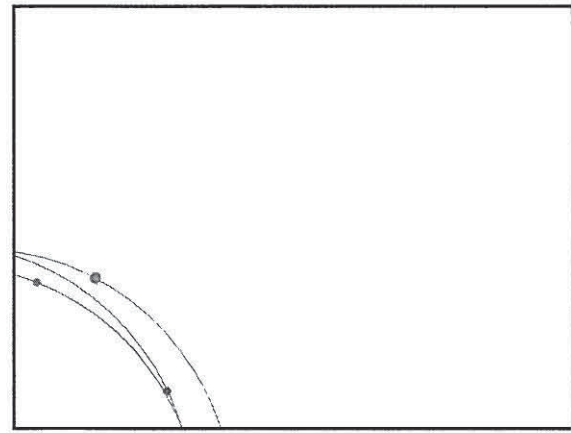
- Un nombre inacceptable de tests qui ne fonctionnent pas
- Faux positifs
- Encore plus de faux négatifs
- Beaucoup de progrès à faire

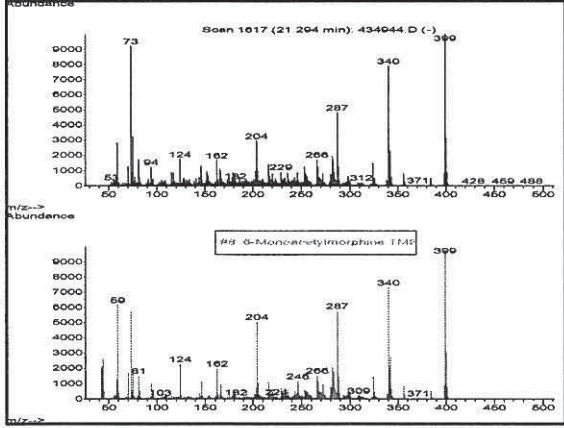
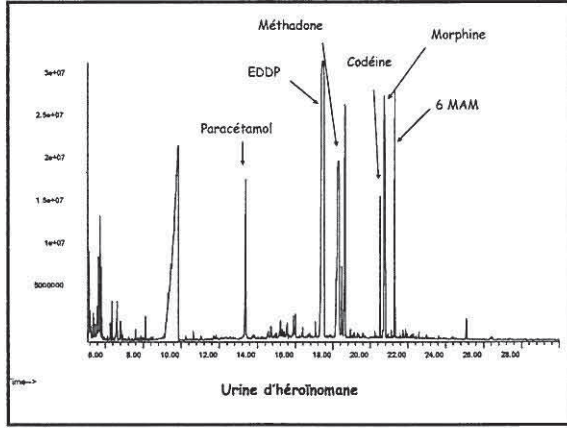
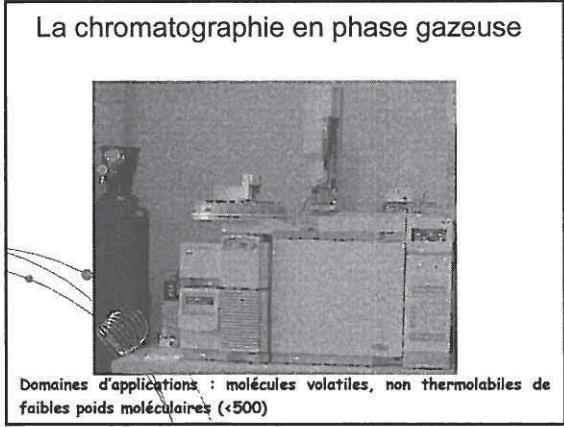
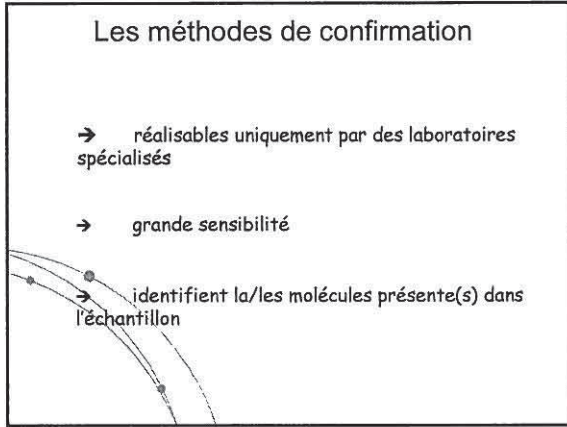
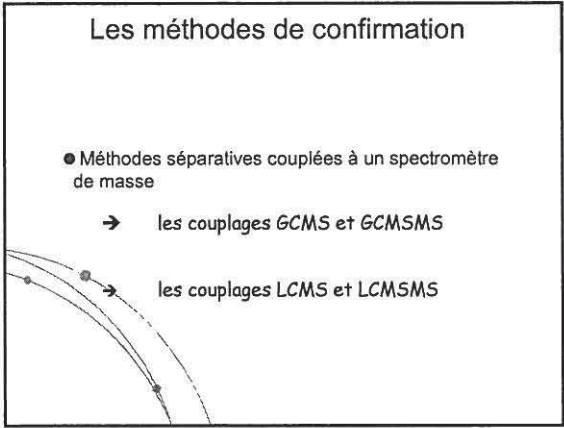
A. Verstraete - conclusions extraites du symposium salive 13ème congrès SFTA Pau 2005

Commentaires (II)

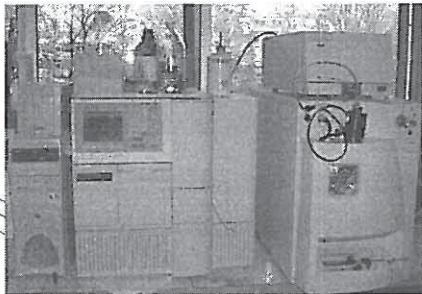
- Il n'y a pas d'outil de dépistage à réponse immuno-chimique immédiate adapté au cannabis. Tous manquent de sensibilité (seuil SAMHSA = 4 ng/ml). De nombreux tests sont en fait des prototypes, dont certains ne fonctionnent pas
- Le 89THC (principe actif du cannabis) n'est pas excrété directement dans la salive. Ce que l'on peut détecter c'est une contamination directe de la cavité buccale par la fumée

P. Kintz -conclusions extraites du symposium salive 13ème congrès SFTA Pau 2005



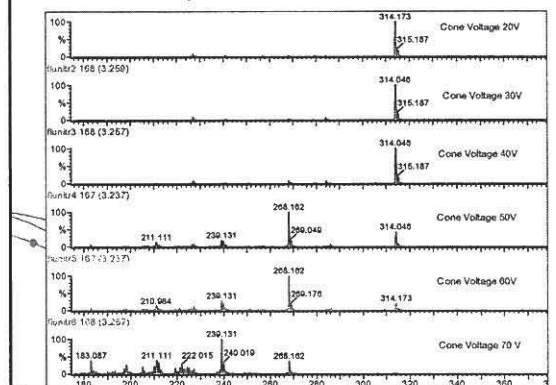


La chromatographie en phase liquide



Domaines d'applications : molécules non volatiles, thermolabiles de faibles ou de hauts poids moléculaires

Spectres de collision



Conclusion

Tout dépistage positif doit être confirmé :

→ par un dialogue entre le salarié et le médecin

Et/ou

→ par un laboratoire spécialisé par une technique de référence

Aspects pratiques de l'adaptation des modalités d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) devant des impératifs de sécurité - sûreté

B.FONTAINE(1)(2), A.MUYSEN(3), P.FRIMAT(2)(4)

(1) AMEST Lille, (2) Groupe Régional Toxicomanies et Travail
(3) Réagir, CSST Tourcoing, (4) ISTNF Lille

La réflexion sur Toxicomanies et Travail date d'une dizaine d'années en région Nord, avec, à son actif :

- Étude de prévalence chez les salariés en région 59-62 (1997)
- Réalisation d'un guide « *Toxicomanies, quand un fait de société entre dans l'entreprise* » (1998)
- Étude pratique des modalités de dépistage (2001)
- Critères de décision de compatibilité TSO/Travail (2003)
- Étude de prévalence chez 1 000 chauffeurs de PL (à paraître).

...

Qu'est ce qu'un poste de sûreté/sécurité (PSS) (1)

- Poste à risque pour le salarié, ses collègues, des tiers ou pour le process de l'entreprise
- Pas de définition réglementaire.

Qu'est ce qu'un poste de sûreté/sécurité (PSS) (2)

Postes où (co)existent le(s) risque(s) suivant(s) :

- Noyade / explosion / NBC /
- Travail en hauteur, travail isolé, machines dangereuses, conduite professionnelle.
- Métiers de la sécurité individuelle ou collective
- Postes clés des secteurs management, financier, informatique

Exemple de contraintes pesant sur le médecin du travail

- Arrêté 07 mai 97 : incapacités physiques incompatibles avec l'octroi ou le maintien du P.C
- Rapport du CERMT, méthadone et BHD en classe III (2000)
- Durcissement de la réglementation routière
- Décret 2003.642 du 11.07.2003 : pénalisation de la présence d'un métabolite d'une drogue
- Charte du 13 janvier 2004 entre l'état et la profession Transport routier de marchandises.

Quelques chiffres issus de l'étude sur 1000 urines de chauffeurs PL

22 usagers de TSO : 1 000 urines testées

Prévalence 7 fois plus importante qu'attendue !!

- Publication par la CEE (groupe Pompidou) en avril 2004 de « circulation routière et substances psychoactives » avec un chapitre spécial : méthadone et conduite.

➤ Analyse de 20 études expérimentales, dont celle de Hauri-Bionda et coll., qui compare les résultats de 10 tests individuels de performance de 34 patients sous TSO, dont 29 sous MTD (dose jusque 60 mg/jour) à ceux de témoins aléatoires travaillant :

- Groupe Pompidou (suite)

Les performances des patients sous MTD et cannabis (2/3) sont nettement plus mauvaises (attention prolongée, coordination sensorimotrice, temps de réaction) que celles des patients sous MTD seule, elles-mêmes légèrement inférieures à celles du groupe témoin.

Comment faire ?

- Se « couvrir » et refuser l'accès au travail aux malades sous TSO ?
- Ne pas voir, ne rien noter et tout permettre ?
- Adopter une attitude plus scientifique, mais néanmoins pragmatique ?

Une condition préalable :

pouvoir considérer le patient comme un malade, bénéficiant d'un traitement, régulièrement suivi, et coacteur de sa guérison et de sa réinsertion.

Obligations pour le patient

Fournir la preuve du cadre thérapeutique :

- Coordonnées du thérapeute
- Coordonnées du pharmacien
- Posologie du Subutex ou de Méthadone.

Obligations pour le médecin du travail ⁽¹⁾

- Réaliser un contrôle biologique :
 - Positif : présence de Subutex ou Méthadone.
 - Négatif : absence d'autres métabolites de psychoactifs, en particulier opiacés naturels, cocaïne, cannabis, amphétamines, benzodiazépines.

Obligations pour le médecin du travail ⁽²⁾

- rechercher systématiquement une dépendance à l'alcool.
- s'inquiéter systématiquement de la possibilité de prise de *zolpidem*, *zopiclone* et *flunitrazépam*.

Obligations pour le médecin du travail ⁽³⁾

- Vérifier qu'il n'y a pas de mésusage
 - Injections IV de Subutex (abcès)
 - Sniffage de Subutex
 - Interroger sur le nombre de prises quotidiennes, une prise fragmentée signant un mésusage.

Si respect de toutes ces obligations, possibilité de discuter l'aptitude à un PSS pour des posologies de :

Subutex ≤ 8 mg/j
Méthadone ≤ 60 mg/j

Depuis octobre 2003, modulations dans notre algorithme après :

- Discussion avec d'autres addictologues
- Discussion avec des pharmaciens d'officine
- Nouvelles réunions du groupe

....

Points complémentaires ⁽¹⁾

- Prise fragmentée de MTD acceptée (métaboliseur rapide)
- Acceptation du fait que le sevrage en TSO n'est plus une fin en soi
- Mais nécessité d'une posologie en TSO en plateau depuis quelques mois avant affectation à un PSS
- Systématisation de la pratique d'un ECG, avec mesure du QTc

...

Points complémentaires ⁽²⁾

- Possibilité de relever au cas par cas les posologies maximales, si transparence de l'équipe soignante
 - Traitement anti-rétroviral
 - Sevrage simultané d'une coaddiction
 -
- Bien connaître la possibilité, pour le thérapeute, de demander « une visite de préreprise »



Ceci n'est pas un blanc seing.

- Nécessité de vérifier, à l'aide d'un examen clinique soigné et protocolé, la compatibilité de l'aptitude objective avec le profil de poste exigé, sur les plans :
 - médico-techniques
 - « sensibilité » technique et médiatique du poste envisagé.

- Nécessité d'un suivi fréquent, avec contrôles biologiques aléatoires.
- Et évidemment, possibilité d'une suspension d'aptitude en cas de dérive...

Souhaits des médecins du travail

- Travaux de recherche sur les relations dose TSO / effets, en situation réelle, et en particulier sur 6 points clés : vigilance, attention, inhibition/désinhibition, temps de réaction, fonctions sensorielles, hallucinations.
- Étude de prévalence de consommation de TSO chez les caristes.

Conclusion (1)

Dr Louis René, 1991

3e congrès d'éthique médicale

« concilier l'intérêt individuel et collectif »

« devoirs inséparables, même s'ils apparaissent parfois antagonistes ».

Conclusion (2)

- Avantages
 - Rationalité et cohérence
 - Réel acte médical positivement perçu par les patients voulant vraiment décrocher.
- Inconvénients
 - Temps médical consommé
 - Coût financier
 - Responsabilité possible du médecin du travail si expertise médico-légale en cas d'accident.

BZD et TSO

- Si plusieurs prescripteurs simultanés, pas de cadre thérapeutique
- Si bzd et TSO par le même prescripteur, c'est que TSO sous dosé
 - ↳ sujet plus à risques
 - ↳ pas de possibilité de signer une aptitude à un PSS.

Ateliers 3 et 3-1

Cas cliniques en entreprises

Dr M. Liénard

Addictologue, Département d'Alcoologie et de conduites addictives, CH du
Pays d'Avesnes, Avesnes sur Helpe

Dr A. Doublet

Médecin du travail, AIST Hénin Beaumont - Carvin

Dr E. Hispard

Addictologue, Hôpital Fernand Widal et CAP 14, Paris

Dr A. Chatfield

Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre (MIRTMO),
Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
(DRTEFP)

Dr M. Thoméré

Médecin du travail, Service de Santé au travail Roubaix-Tourcoing

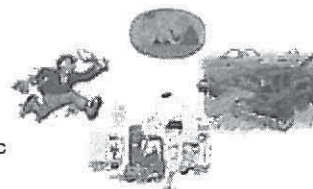


ATELIER CAS CLINIQUES EN ENTREPRISE

A. CHATFIELD, A. DOUBLET, M. THOMERE,
E. HISPARD, M. LIENARD.

QUELQUES DONNEES STATISTIQUES

- 1) La consommation d'alcool est passée en 40 ans de 18 litres à 11 litres /an/habitant
- 2) Dans le milieu du travail, les hommes consomment 2 fois plus que les femmes
- 3) Les milieux à risques :
 - Repas d'affaires
 - Agriculture
 - Bâtiment
 - Manutention
 - Rapport avec le public



Résultats cohorte « Gazel »

- 18,3 % consomment 3 à 4 verres d'alcool par jour
- 5 verres et plus
 - 12,3 % pour les hommes
 - 1,2 % pour les femmes



Accidents associés à la consommation d'alcool en France

	HOMMES	FEMMES
Rixes	60 %	31 %
Accidents sur la voie publique	40 %	11 %
Accidents domestiques	28 %	14,5 %
Accidents du travail	12 %	2 %
Accidents du sport	5 %	1,5 %

Enquêtes entre différentes entreprises

	Buveurs excessifs	Alcoolodépendant
Défense Nationale 1989	15 %	7 %
Tri Postal 1991	16 %	8 %
Service inter entreprises – Basse Normandie	3,4 %	1,1 %

Quelques études confirment ces résultats

Travail de l'OIT aux Etats-Unis

Alcool + drogues représentent 20 à 25 % des accidents du travail, 30 % des décès sont liés à l'alcool

ANPAA: 10 à 20 %

SNCF : 20 %

CONDUITES ADDICTIVES DANS L'ENTREPRISE

Comment agir ?



Évocation du problème alcool

- Soit à la demande de l'employeur
- Soit à l'initiative du Médecin du Travail
 - Du fait de repérage de cas difficiles
 - Ou proposition en fonction des risques de l'entreprise



Réfléchir à une réelle politique de gestion de ces risques

- Responsabilité de l'employeur
 - De part l'article L232-2, le supérieur hiérarchique a l'obligation de constater que le salarié n'est pas en état de tenir son poste sans danger pour lui et pour les autres
- Recherche d'un consensus : associer la direction, le CHSCT, les DP
 - Importance d'une politique consensuelle de l'entreprise (si blocage à ce niveau, risque d'échec probable).



Les actions

1ère étape : en parler

Établir un protocole d'informations et de sensibilisation,

- Affiches
- Courriers
- Plaquettes
- Exposition...



Les actions

2ème étape



Revoir le règlement intérieur : pour jouer la transparence

Le chef d'entreprise, par le règlement intérieur rappelle (L 232-2) l'interdiction de l'alcool et des substances psychoactives (en dehors d'une prescription médicale) les conditions de contrôle, les sanctions encourues.

Pour les substances psychoactives, la liste des postes de sécurité devra être annexée au Règlement intérieur.

Un dépistage systématique pourra être fait par le Médecin du Travail en vue de préciser l'aptitude dans le cadre des postes de sécurité.



Le recours à l'alcootest de façon systématique ne se justifie pas sauf si c'est un poste de sécurité.

Il peut être fait par toute personne ou organisme désigné par l'employeur (en dehors du Médecin du travail)

Ne pas oublier que :

- Le dépistage de substances psychoactives de façon systématique ne se justifie que dans le cas de PSS;
- Le salarié doit être averti et l'accepter (sauf si stipulé dans le règlement intérieur car dans ce cas, il ne peut s'y soustraire)



A retenir :

ALCOOL

- **Le médecin du travail :**
Peut demander tous les examens qu'il juge nécessaire pour rendre son avis d'aptitude;
- **L'employeur :**
S'il souhaite réaliser des contrôles d'alcoolémie dans son entreprise, il doit obligatoirement le notifier dans le RI en précisant la procédure qui doit respecter certains critères:



1. Le contrôle doit être justifié : soit PSS ou dans le but de faire cesser toute activité dangereuse ;
2. Le contrôle doit être proportionné au but recherché :



Dangerosité réelle
Doit être réalisé à des moments pertinents

3. Préciser la personne ou la fonction en charge du contrôle (à l'exclusion du médecin du travail)
4. S'assurer de la possibilité de contestations :
Présence d'un témoin
Contre expertise des examens biologiques (2ème flacon)



Substances psychoactives

- **Le médecin du travail :**
Peut demander tous les examens qu'il juge nécessaire pour rendre son avis d'aptitude;
- **L'employeur :**
Ne peut faire aucun contrôle
S'il souhaite qu'un dépistage systématique soit réalisé, pour les PSS, par le médecin du travail dans le cadre de son rendu d'avis d'aptitude, notification obligatoire dans le RI

Rôle du Médecin du travail

- Il peut intervenir dans une action globale de l'entreprise **mais jamais seul**
- Intervient dans une gestion individuelle
1. Evaluation rapide
 - Lors de l'interrogatoire
 - Sur l'aspect clinique
 - Si suspicion : intervention brève en expliquant les risques auxquels ils sont confrontés.



L'intervention brève

Consiste à faire le point sur la consommation d'alcool.
Plusieurs questionnaires existent : ils permettent de faire un repérage et d'évaluer un niveau de risque.

Questionnaire FACE

Questionnaire FACE *

1. Combien de fois avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?	0
2. Combien de fois avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?	0
3. Combien de fois avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?	0
4. Combien de fois avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?	0
5. Combien de fois avez-vous bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois ?	0

Interprétation des résultats

Interprétation des résultats du questionnaire FACE

Hommes
Score inférieur à 5 : risque faible ou nul.
Score de 5 à 8 : consommation excessive probable.
Score supérieur à 8 : dépendance probable.

Femmes
Score inférieur à 4 : risque faible ou nul.
Score de 4 à 6 : consommation excessive probable.
Score supérieur à 6 : dépendance probable.

information


Verres standards

Verre d'Alcool = un verre de ...



Rôle du Médecin du travail (suite)

2. Si cas avérés

- Orientation
 - médecin traitant
 - Spécialiste addictologue
 - Médecin conseil
- } Constitution d'un réseau
- 
- Préparer le retour au travail (en liaison avec le réseau) par la visite de pré-reprise
 - Préparer l'aménagement de poste
 - Juger de la fréquence des visites pour un suivi et soutien psychologique régulier
 - Examens biologiques éventuels avec l'accord du sujet
 - Accompagnement du service médico-social



Attention

- L'examen doit être réalisé de façon rigoureuse et permettre une contre expertise;
- Les résultats des examens ne seront en aucun cas communiqués à l'employeur.

A la reprise

- Décision d'aptitude après aménagement du poste (PSS)
- Établir un suivi médical avec visites régulières



Conclusion (1)

- 
- Le respect de l'unicité de l'individu
 - L'importance de la tolérance
 - Le rôle du médecin pour la situation
 - Le rôle de chacun des responsables et travailler en concertation pour prévenir et gérer au mieux la situation

Conclusion (2)

Le rôle du Médecin du travail s'inscrit dans le cadre d'une décision d'aptitude, de prévention, de confidentialité, dans l'intérêt du salarié et des autres salariés.

Atelier 4

Tabagisme passif

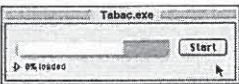
Dr M. Gagey

Directeur de l'Institut National de Médecine Agricole

Dr D. Bonte


Directrice, Centre de prévention et d'éducation à la santé Pasteur Lille,
Présidente d'Eclat (Espace de concertation et de liaison des actions contre le
tabagisme)





Atelier n° 4 Tabagisme passif

Colloque
Conduites addictives et travail
Lille – 6 et 7 octobre 2005



Dr Dominique BONTE – Dr Michel GAGEY


Vous avez dit tabagisme passif ?



CLÉP M. Source: www.gismo.free.fr


Le tabagisme passif ...

- C'est le fait d'inhaler, de manière involontaire, la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs.
- Parmi les 45 millions de non fumeurs, les trois quarts se disent gênés par la fumée des autres et près de dix en meurent prématurément chaque jour.
- Deux tiers des français réclament des cafés et discothèques non fumeurs, les trois quarts des restaurants et lieux de travail également non fumeurs.




Le tabagisme passif est-il gênant ?

- 90 milliards de cigarettes sont fumées chaque année en France
- Le plus souvent dans des lieux clos où nous passons en moyenne plus de 80% de notre temps.
- La fumée du tabac est la principale pollution de l'air que l'on respire.
- Elle tue plus que toutes les autres pollutions.




Rappel pour information ...

Ventes de cigarettes et prix des cigarettes de la classe la plus vendue (source: Albedis)



Date	Ventes (en milliers d'unités)	Prix des cigarettes (en €)
jan-00	~5,000,000	3.20€
avr-00	~5,500,000	3.35€
juil-00	~6,000,000	3.60€
oct-00	~6,500,000	3.90€
jan-01	~7,000,000	4.60€
avr-01	~7,500,000	5.00€
juil-01	~8,000,000	5.00€
oct-01	~8,000,000	5.00€
jan-02	~8,000,000	5.00€
avr-02	~8,000,000	5.00€
juil-02	~8,000,000	5.00€
oct-02	~8,000,000	5.00€
jan-03	~8,000,000	5.00€
avr-03	~8,000,000	5.00€
juil-03	~8,000,000	5.00€
oct-03	~8,000,000	5.00€
jan-04	~8,000,000	5.00€
avr-04	~8,000,000	5.00€
juil-04	~8,000,000	5.00€
oct-04	~8,000,000	5.00€
jan-05	~8,000,000	5.00€
avr-05	~8,000,000	5.00€
juil-05	~8,000,000	5.00€


Source: OFDT – Septembre 2005



Le tabagisme passif est-il gênant ?

- 71 % des non fumeurs se plaignent de la fumée des fumeurs. (Individus de plus de 12 ans et de moins de 75 ans)
- Deux tiers des fumeurs occasionnels et un tiers des fumeurs réguliers se déclarent également gênés

(Baromètre Santé 2000)

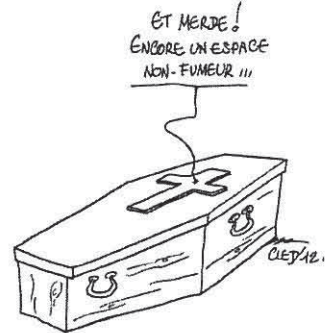


Le tabagisme passif est-il toxique ?

- Si les effets délétères du tabac sont suspectés depuis les années 50 ...
- Il faut attendre 1981 pour évoquer les risques du tabagisme passif (enquête japonaise).
- Et les données scientifiques accumulées ne laissent plus aucun doute :
 - Accidents coronariens (+ 25%)
 - Cancers bronchiques (+ 25%)
 - Infections respiratoires de l'enfant (+ 70% si la mère fume)
 - Otites récidivantes de l'enfant (+ 50% si parents fumeurs)
 - Crises chez l'enfant asthmatique
 - Retards de croissance intra-utérin et hypotrophie.
 - Morts subites du nourrisson



Des espaces non-fumeurs inattendus ...



Source: www.gisme.free.fr

Pourquoi le tabagisme passif est-il toxique ?

- Toxicité liée aux deux courants de fumée, primaire (quand le fumeur fume) et secondaire (quand la cigarette se consume).
- Le courant secondaire est plus riche en monoxyde de carbone et en composés imbrûlés que le courant primaire
- Pas de norme pour le courant secondaire (norme ISO 3308 pour le courant primaire)



Pourquoi le tabagisme passif est-il toxique ?

Composition de la fumée du courant secondaire comparé au courant primaire

	Quantité dans le courant primaire par cigarette	Ratio courant secondaire / courant primaire
Monoxyde de carbone	28,8 - 81 mg	2,5 - 14,9
Benzène	400 - 500 ug	8 - 10
Formaldéhyde	1 500 ug	50
Nicotine	2,1 - 46 mg	1,3 - 21
Goudrons	14 - 30 mg	1,1 - 15,7
Benzo (a)pyrène	40 - 70 ng	2,5 - 20
Cadmium	0,72 ug	7,2

Deutscher Berg 8 Adap 2001 36 65 - 68

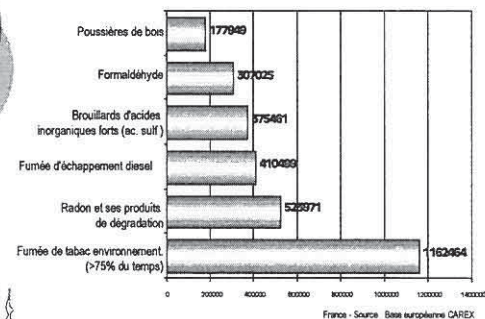


L'exposition au tabagisme passif

- Une durée d'exposition élevée
 - Le courant secondaire est très dilué comparativement au courant primaire (40 ml / 600 ml)
 - Mais l'exposition peut être très longue (plusieurs heures par jour sur de nombreuses années)
 - Les modèles de risque d'exposition soulignent tous l'importance de la durée de l'exposition (augm. risque puissance 4,5) par rapport aux quantités de fumées inhalées (augm. risque puissance 2).
 - 1 160 000 travailleurs sont exposés plus de trois quart de leur temps de travail à la fumée des autres (CAREX)
 - La fumée de tabac est le cancérogène respiratoire qui concerne le plus grand nombre de travailleurs.



Exposition à des cancérogènes respiratoires



L'exposition au tabagisme passif

- Une exposition significative pour les lieux clos
 - Toutes les études concernent des lieux clos et couverts.
 - Pas de risque connu pour une exposition en milieu ouvert.
- Un niveau d'exposition difficile à apprécier
 - Recours à des marqueurs plus ou moins spécifiques ...
 - Pour l'entourage, les locaux ou les sujets exposés.



Pollution des locaux par le tabac

Composés	Valeur typique lieu non pollué	Valeur pièce enfumée	Valeur limite atmosphère des villes
CO	< 1 ppm	10 ppm	10 mg/m ³ (8,5 ppm) au 01/01/2005
Cotinine	0,34 ± 0,007 µg/m ³	3,74 ± 0,52 µg/m ³	
Nicotine	< 0,3 µg/m ³	1-10 µg/m ³	< limite détection
Particules en suspension de moins de 1 µm de diamètre	10-25 µg/m ³	18-95 µg/m ³	5000 µg/m ³ respirable aux États-Unis
Benzène	3,6 µg/m ³	7,2 µg/m ³	10 µg/m ³ descendant à 5 µg/m ³ au 01/01/2010

Rapport DGS 2001 tabagisme passif



Indicateurs biologiques du tabagisme

Composés	Fumeurs	Non fumeurs exposés	Non fumeurs non exposés
CO expiré	> 10 - 20 ppm	7 - 11 ppm	1,5 - 4,5 ppm
HbCO	> 5 %	2 - 3 %	1,7 %
Nicotine salivaire	135 - 165 ng/ml	10 - 43 ng/ml	1,5 - 10 ng/ml

Rapport DGS 2001 tabagisme passif



Le caractère CMR de la fumée de tabac

- **C** comme cancérigène
 - Le CIRC a classé en 2003 la fumée de tabac comme cancérigène de catégorie 1 : cancérigène prouvé pour l'homme.
- **M** comme mutagène
 - La fumée de tabac est mutagène avec des caractéristiques permettant de la classer en catégorie 1.
- **R** comme reproduction
 - La fumée de tabac est toxique pour la reproduction avec des caractéristiques permettant de la classer en catégorie 1.



Au moins un risque exclu définitivement ...

"D'APRÈS NOS ÉTUDES ON NON-FUMEURS N'ARRIVE JAMAIS LES DÉFETS CARCINOMES EN PRÉSENCE DE FUMEURS"

"AH! QU'IL A DIT QUE NOUS DESTAFOUMONS!"



Source : www.gsmc.free.fr



Convention cadre OMS contre le tabac

- Ratification le 27 février 2005 de la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS par 55 pays.
- Deux mesures principales : interdiction de la publicité pour le tabac et avertissements de santé sur les paquets.
- D'autres mesures telles que des indications claires pour les politiques concernant la protection de la pollution de la fumée de tabac.
- Cette Convention précise clairement que la fumée prise par le fumeur et celle rejetée dans l'environnement est un cancérigène.
- Tout employeur et médecin (du travail) ont le devoir de tout en mettre en œuvre pour assurer la protection des personnes exposées



Le monde du travail est donc concerné ...

- Dans une entreprise de 200 employés ...
 - 24 salariés seront fumeurs toute leur vie (si rien ne leur est proposé).
 - 12 salariés mourront prématurément (avant 65 ans) d'une maladie liée au tabac.
 - 1 salarié mourra du fait du tabagisme passif.



Quelle protection pour les fumeurs passifs ?

- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) parue au J.O. du 12 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
- Décret d'application n° 92-478 du 29 mai 1992.
- La loi "Evin" comporte 2 éléments importants :
 - Elle pose le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif
 - Elle institue un droit des non-fumeurs à la protection de leur santé.
- Les mesures s'appliquent au secteur privé et au secteur publique (art. L. 231-1 du CT).



Connaissez-vous la loi ?

- Il est inutile de répéter dans chaque espace collectif l'interdiction de fumer affichée clairement à l'entrée de l'établissement ? **FAUX**
- Les bureaux individuels dans lesquels une autorisation de fumer est donnée n'ont pas vocation à recevoir des visiteurs ? **VRAI**
- L'employeur doit consulter régulièrement le CHS-CT ou les délégués du personnel sur la gestion des espaces fumeurs et non fumeurs ? **VRAI**



Connaissez-vous la loi ?

- Les non-fumeurs ont la possibilité de traverser ponctuellement des espaces enfumés ? **FAUX**
- L'air des locaux pollués par la fumée de tabac peut être envoyé après recyclage dans des zones non polluées ? **VRAI**
- Les normes de ventilation prévues pour la prise en compte du tabagisme sont, dans certains cas, inférieures à celles prévues dans le code du travail ? **VRAI**



Organisation de la réglementation

- La réglementation est organisée autour de 5 conditions impératives :
 - Assurer la protection des non fumeurs
 - Procéder à une consultation
 - Établir un plan d'aménagement
 - Signaler l'interdiction de fumer et les emplacements fumeurs
 - Respecter les normes de ventilation



1. Assurer la protection des non fumeurs

- Il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts affectés à l'ensemble du personnel.
- Il est donc possible de fumer dans des bureaux individuels (sauf règlement intérieur) ... sans réception de visiteurs non fumeurs.
- Tendence actuelle pour recommander des interdictions de fumer dans tous locaux, sauf ceux réservés aux fumeurs.



2. Procéder à une consultation

- L'employeur doit consulter les instances représentatives du personnel (*) et le médecin du travail pour :
 - Aménager les espaces réservés aux fumeurs ;
 - Protéger les non fumeurs.
- Processus renouvelé tous les 2 ans.

(*) Secteur privé : CHS-CT ou à défaut délégués du personnel, médecin du travail.

Secteur public : CHS ou à défaut Comité Technique Paritaire, médecin de prévention, intervenants compétents en matières d'hygiène et sécurité (ACMO, IHS)



3. Établir un plan d'aménagement

- Plan d'aménagement des espaces qui peuvent être, le cas échéant, spécialement réservés aux fumeurs.
- Plan d'organisation ou d'aménagement destiné à assurer la protection des non fumeurs.
- Plan actualisé en tant que besoin tous les deux ans.



4. Signaler l'interdiction de fumer

- Signalisation apparente :
 - rappelant l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs clos et couverts.
 - Indiquant les lieux fumeurs.
- Signalisation obligatoire dans un but de santé publique.
- S'applique sans préjudice d'autres interdictions signalées pour des motifs d'hygiène et de sécurité (Incendie, explosions, ...)



Une signalisation claire ... pour tout le monde



5. Respecter les normes de ventilation

- Si des espaces fumeurs sont mis en place (en tenant compte de la protection des non-fumeurs), des normes de ventilation doivent être respectées:
 - Débit minimal de 7 l/s et par occupant (soit 25,2 m³/h) en cas de ventilation mécanique ou naturelle par conduits ;
 - Volume minimal de 7 m³ par occupant en cas de ventilation par ouvrants extérieurs.
- En dehors des bureaux ou locaux sans efforts physiques, ces normes sont inférieures à celles qui figurent dans le code du travail.



Les sanctions

- Pour le fumeur :
 - Fumer en dehors des emplacements mis à la disposition des fumeurs
 - Amende jusqu'à 450 euros (contravention 3^e classe).
- Pour l'employeur :
 - Réserver aux fumeurs des emplacements non-conformes
 - Ne pas respecter les normes de ventilation
 - Ne pas mettre en place la signalisation
 - Amende jusqu'à 1 500 euros (contravention 5^e classe)



Qu'est ce qu'un "Espace fumeurs"

- Doit être signalé de manière apparente.
- Ne peut être situé dans un lieu collectif que si un local identique est réservé aux non-fumeurs (ex. salle de détente).
- Doit se situer en dehors du passage des non-fumeurs.
- Doit être équipé d'un système d'extraction d'air autonome (normes techniques).
- Préserver la protection des non-fumeurs.



Contrôle des dispositions

- Compétence des officiers de police judiciaire (avec mandat pour pénétrer dans l'entreprise) pour le contrôle de dispositions de santé publique.
- Compétence des inspecteurs du travail pour :
 - La vérification de la consultation du médecin du travail et du CHSCT dans l'élaboration du plan d'organisation ou d'aménagement ;
 - Le rôle du médecin du travail comme conseiller de l'employeur.
 - Le contrôle de la réforme du règlement intérieur (insertion éventuelle des clauses du décret du 29 mai 1992). (Arrêt du Conseil d'Etat du 18 mars 1998).
 - L'aménagement des locaux et le respect des normes de ventilations (art. R 232-5 et suivants).



Les acteurs de la démarche

- L'employeur :
 - Objectif de protection contre le tabagisme (critère de qualité de l'entreprise).
 - Inclusion du tabac comme un risque dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (art. R 230-1 du CT).
 - Organisation interne claire (mesures prises, sanctions prévues et applications, ...).
 - Organisation pérenne du dispositif de prévention net de protection.



Les acteurs de la démarche

- Le médecin du travail ou de prévention :
 - Conseiller de l'employeur et des salariés.
 - Information de l'employeur et du CHS-CT sur les risques liés au tabagisme.
 - Information des salariés sur les risques liés au tabagisme.
 - Application des règles particulières de prévention contre les risques d'exposition aux agents CMR.
 - Veille sanitaire sur l'entreprise vis-à-vis du tabagisme.
 - Actions sur le milieu de travail (visites des locaux pour relever d'éventuels manquements dans l'application de la loi, actions d'information et de sensibilisation, ...).



Les acteurs de la démarche

- Les instances représentatives du personnel :
 - Surveillance du respect des principes de prévention (art. 230 et suivants du Code du Travail).
 - Soutien et développement de la formation à la sécurité (art. 231-32 et suivants du Code du Travail).
 - Organe consultatif de la direction (art. R. 3511-5 et R. 3511-6 du Code de la Santé Publique).
 - Vérification des conditions de travail, de l'aération et de l'assainissement des locaux de travail (art. R. 232-5 et suivants du Code du Travail).



Les acteurs de la démarche

- Les autres intervenants :
 - L'infirmière du travail.
 - Les intervenants compétents dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité.
 - L'inspecteur du travail.
 - Le médecin et l'infirmière scolaire assurant le suivi des jeunes en formation et travaillant dans l'entreprise.
 - ...



Pourquoi appliquer la loi "Evin" ?

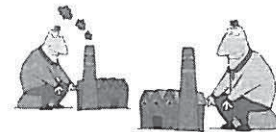
o Gestion de quatre grands risques :

- Risque sanitaire (cf. infra)
- Risque juridique :
 - o Nul n'est censé ignorer la loi et la loi protège les non-fumeurs.
 - o Faire subir une exposition involontaire à la fumée du tabac peut avoir des conséquences juridiques.
 - o Des contrôles renforcés prévus dans le cadre de la "Nouvelle Loi de Santé Publique" (09/08/2004).
- Risque Sécurité :
 - o Le tabagisme est responsable de près de la moitié des incendies sur les lieux de travail (B. Dautzenberg).
 - o Des risques accrus en présence de substances ou préparation classées explosives, comburantes ou inflammables, d'agents CMR et de certains produits chimiques.
- Risque de conflits sociaux.



Les bénéfices pour l'entreprise

- o Préservation de la santé des travailleurs.
- o Réduction de l'absentéisme pour maladie.
- o Amélioration des conditions de travail et des relations sociales.
- o Réduction des coûts d'entretien du matériel (ordinateurs, ventilation) et des locaux (murs, sols, ...).
- o Image positive vis-à-vis du personnel et de l'extérieur.



Des conseils pour réussir ...

- o Ne pas attendre que les situations deviennent conflictuelles.
- o Intégrer les principes de la loi dans le règlement intérieur.
- o Sensibiliser les représentants du personnel (CHS-CT).
- o Demander au médecin du travail de s'impliquer dans la démarche.
- o Établir le plan d'organisation pour assurer la protection des non-fumeurs.
- o Veiller à la mise en place d'une signalisation claire et visible.
- o Vérifier les normes de ventilation des espaces fumeurs.
- o Considérer qu'un espace fumeur (bureau) devient collectif dès lors que ses fonctions impliquent la réception de plusieurs personnes.



La charte des "Entreprises sans tabac"

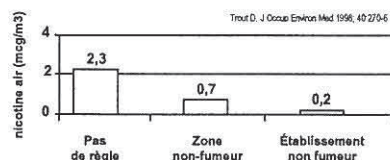
o Charte créée par l'Office français de Prévention du Tabagisme (OFT) :

- Mobiliser l'entreprise, par sa direction et ses instances représentatives. Sensibiliser le personnel.
- Mettre en place un comité de prévention du tabagisme pour définir la stratégie et coordonner les actions.
- Mettre en place des actions de formation du personnel.
- Établir un plan d'aménagement et une signalétique adaptée.
- Mettre en place des manifestations de sensibilisation et renouveler les campagnes d'information.
- Prévoir une aide pour les fumeurs.
- Assurer un suivi des actions et les évaluer.
- Échanger avec d'autres entreprises sans tabac.
- Écouter et convaincre d'abord



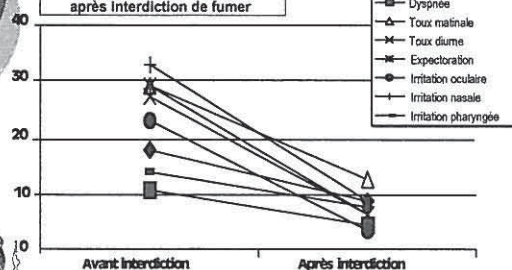
Ce que peut apporter la réglementation

Baisse de la nicotine dans l'air des locaux de travail selon la réglementation tabac

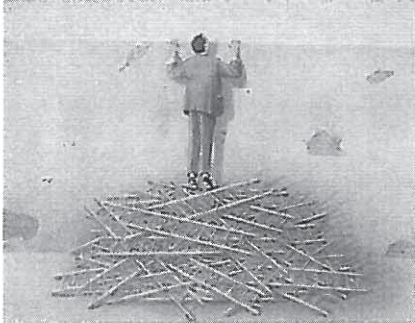


Bénéfices pour les salariés

Symptômes chez 67 barmen avant et après interdiction de fumer



En pratique ,comment s'y prendre ?



quelques repères pour agir ...

- Comment évaluer les besoins ?
- Comité de pilotage ... avec qui ?
- Quels objectifs ?
- Quelles stratégies ?
- Quelles ressources ?
- Quelles actions ?
- Comment valoriser le projet ?
- Comment évaluer ?



Quant à l'extérieur de l'entreprise ...



NOTRE CRÉATIVITÉ, EN SERTI JUSQU'À LA FIN DU JOUR, C'EST LA TOURNÉE
ET NON PAS L'ARRIVÉE À LA FIN.



Le plan national contre le Cancer 2003 -2007

- Comporte 70 mesures
 - Les mesures 4 à 12 concernent le tabagisme
- ...



Notes personnelles ...



Atelier 5

Place des réseaux dans les dispositifs de soins en addictologie

Mr G. Soumet

Direction Action Sanitaire et Sociale,
Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, Bagnolet

La maladie addictive comporte de nombreuses composantes : sanitaire, sociale, professionnelle, familiale... Pour être efficacement prise en charge, elle nécessite donc des interventions pluridisciplinaires à facettes multiples et la notion de travail en réseau est fondamentale. Cependant la nature même des conduites addictives et les caractéristiques psycho-sociales des personnes dépendantes font qu'il est difficile de leur appliquer les modèles d'organisation de prévention ou de soins prévalant dans d'autres pathologies chroniques multifactorielles telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires.

Dans l'atelier « Place des réseaux dans les dispositifs de soins en addictologie », des expériences de terrain seront rapportées par le Docteur BARDOU, Président de l'association ETAPES et praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Maubeuge et par le Docteur VIATOUR, médecin du travail dans le secteur de la construction automobile, soulignant l'importance de la coordination des divers acteurs le plus souvent regroupés en associations.

Les échanges avec la salle permettront de situer le rôle de ces derniers, les niveaux d'action et les principales problématiques en la matière :

- intervention des travailleurs sociaux,
- place des associations de bénévoles dans la relation aux malades et relais vers les soignants,
- recours aux référents addictologues,
- implication du médecin généraliste,
- rôle d'insertion professionnelle et de prévention du médecin du travail,
- facilitation des prises en charge par le médecin conseil...

L'action en réseau doit permettre d'éviter l'isolement de tous ces professionnels par rapport à des situations personnelles souvent délicates et d'aménager des espaces de parole, de formation, d'accueil, de développer des actions concertées de prévention et de suivi tout en respectant des règles éthiques indispensables dans ce domaine particulièrement sensible.



Atelier 5

Place des réseaux dans les dispositifs de soins en addictologie

Dr A. Bardoux

Praticien hospitalier, Centre Hospitalier Sambre Avesnois, Maubeuge

«J'ai besoin de ma Méthadone à la semaine car je travaille en horaires décalés», nous annonce Jimmy, qui devrait poursuivre son traitement en délivrance quotidienne au centre de soins en raison de la poursuite de consommations.

«Mettez-moi en arrêt de travail je n'en puis plus avec les jeunes qui poussent à la chaîne», nous dit Jean suivi pour hyperlipidémie avec des consommations «normales» d'alcool mais des GGT frôlant les 1000.

Dans des parcours marqués par le désinvestissement résultant des conduites de consommation de produits psycho-actifs, la perte ou la reprise d'une activité professionnelle sont ainsi lourdes de sens.

Tantôt le retour à l'emploi est présenté par les patients comme preuve irréfutable d'une amélioration et s'inscrit comme une thérapeutique. Souvent aussi, le maintien de l'emploi représente un palier de résistance dans une spirale descendante de pertes mobilisant toutes les ressources des patients. Parfois encore, l'emploi ou les conditions de travail sont en lien avec des consommations qui apparaissent ainsi comme de vaines automédications. Enfin, le travail lui-même peut être surinvesti au point de devenir une forme d'addiction.

C'est dire les inter-relations entre la santé au travail et les conduites addictives qu'il s'agisse de la prévention, des soins ou de la réinsertion.

La conception bio-psycho-social, déjà pertinente en médecine, l'est plus encore dans le champ des addictions. C'est ainsi que le travail en réseau est devenu un mode d'organisation plus adapté du dispositif que précise le Code de la Santé Publique : «les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires».

Aux différents modes d'organisation qui différencient les réseaux en fonction des participants, des actions conduites et des modes d'organisations se sont petit à petit dégagées des lignes de force visant tout à la fois leur évaluation et leur accréditation : objectifs, domaines d'action, services rendus, actions mises en œuvre et résultats escomptés.

En tabacologie, il existe des expériences de travail en réseaux. A partir d'entretiens de médecine du travail comportant une démarche active de dépistage, une intervention tabacologique structurée en groupe et en individuel fut proposée par une structure de soins spécialisée. Si l'impact immédiat parut décevant au regard des moyens engagés, une modification des regards s'est cependant enclenchée. A distance, une amélioration de la situation des employés est observée avec un meilleur respect des règles et des demandes de soins.

Le statut illicite des drogues et les différences de perception des traitements de substitution dans le corps médical sont des freins au développement de partenariat même s'il existe de nombreux exemples de collaborations.

La diffusion de l'alcool et les rituels de convivialité associés ont permis un repérage et une prise en compte des risques par la médecine du travail permettant un travail en réseau souvent informel car trop souvent sans moyens dédiés.



Synthèse des conférences de consensus sur les conduites addictives

Dr Jacques Yguel

**Chef de Service du Département Alcoologie et conduites addictives
Centre Hospitalier
59440 Avesnes sur Helpe**

La mise en place de référentiels centrés sur les pratiques cliniques est une préoccupation assez récente dans le « milieu addictologique ». En effet, on note dans les publications de l'ANAES que la première d'entre elles date d'avril 1998 et que globalement ce sont douze conférences ou débats qui ont été organisés depuis cette date (en remarquant malgré tout que l'une concerne les céphalées chroniques et le rôle de l'abus de médicaments, et qu'une autre parle des indications des transplantations hépatiques !).

Globalement, ces conférences portent, pour une partie d'entre elles, sur les modalités du sevrage (tabac, alcool, opiacées) et que logiquement un autre « groupe » a pour thématique les modalités du maintien de ce sevrage. On note que deux conférences particulières 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.

Il est difficile de pouvoir résumer en quelques mots des conférences et des débats qui pour chacun d'eux comportant plusieurs dizaines de pages. Cependant, concernant le premier groupe (sur le sevrage), les questions posées abordent les indications, les limites et les modalités pratiques de mise en œuvre de ces 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.

Concernant le second groupe (maintien du sevrage), c'est sans doute, en ce qui concerne les opiacées, que les conférences de consensus ont permis de préciser la place exacte des produits de substitution et de leur modalité de prescriptions. Les débats avaient été jusque-là assez houleux 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.

Concernant la thématique grossesse et tabac ou alcool, ces conférences, ont permis d'entériner un objectif de consommation « zéro » et de le justifier (on pourrait dire le cautionner, tant le débat a été là encore vif). Cette « prescription » qui reste très directive est assez inhabituelle dans le champ des interventions et intervenant en addictologie.

L'évolution dans l'utilisation « d'outils d'intervention », tant médicamenteux que d'accompagnement (psycho socio) 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 théories et des pratiques « usuelles » et ne s'étaient pas adaptées à l'évolution des pratiques de consommation.



A l'inverse, cette même 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 urgences 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 !

Ma présentation à ce colloque tentera de reprendre ces différents points, d'en dégager les éléments essentiels pour la pratique clinique. Elle insistera sur le travail qui reste à faire et les carences, françaises du moins, du fait de l'indigence de la recherche clinique sur cette thématique.

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

Conduites Addictives et Travail

Colloque organisé par:

L'INMA (Institut National de Médecine agricole)
et L'INSTNF (Institut National de Santé au Travail du Nord de la France)

Lille, 6 et 7/10/05

Conduites Addictives et Travail

1

Dr YGUEL

Praticien Hospitalier
Chef de Service

Département d'Alcoologie Clinique et d'Addictologie
Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes
BP 10209

Tél. 03.27.56.55.68

Fax. 03.27.56.55.63

59363 Avesnes-sur Helpe Cedex

Mail : jacques.yguel@ch-pays-avesnes-59.fr

ANAES
AGENCE NATIONALE d'ACCREDITATION et
d'EVALUATION en SANTE

(sous l'égide du Haut Comité de Santé Publique)

12 Conférences de Consensus et
Recommandations

ALCOOLOGIE - ADDICTOLOGIE

6 Conférences de Consensus – Alcool (1)

- Conduites d'alcoolisation-lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? (Septembre 2001- Société Française d'Alcoologie)
- Objectifs, Indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant (Conférence de consensus – 17 mars 1999)
- Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo dépendant après un sevrage (Conférence de consensus – 7 et 8 mars 2001)

6 Conférences de Consensus – Alcool (2)

- Orientations diagnostics et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins (Conférence de consensus – Septembre 2001)
- Les Conduites d'Alcoolisation au cours de la grossesse (Juin 2003 – recommandations de la Société Française d'Alcoologie)
- Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque-Usage nocif (décembre 2003 - recommandations de la Société Française d'Alcoologie)

3 Conférences de Consensus - Tabac

- Aide au sevrage tabagique (Conférence de consensus – décembre 2004)
- Arrêt de la consommation du tabac (Conférence de consensus – octobre 1998)
- Grossesse et Tabac (Conférence de consensus – 7 et 8 octobre 2004)

3 Conférences de Consensus - Opiacés

- Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés (Conférence de consensus – 23 et 24 avril 1998)
- Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés (Conférence de consensus – juin 2004)
- Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution (Conférence de consensus – 23 et 24 juin 2004)

2 Conférences de Consensus - Autres

- Indications de la Transplantation Hépatique (Conférence de consensus – 19 et 20 janvier 2005)
- CCQ (Céphalées Chroniques Quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge (Conférence de consensus – septembre 2004)

ANAES Méthodes – Procédures spécifiques - 1 -

- Comité d'Organisation
 - Jury
 - Experts
 - Débat Public
 - > Conférence
 - Rapport
 - Texte court et long
 - Diffusion :
 - > Plaquettes
 - > Site internet (anaes.fr)
- (proprement dite)*

ANAES Objectifs – Procédures spécifiques - 2 -

- Répondre à des questions précises
 - Émettre des recommandations
- Selon le niveau de preuves scientifiques établies, 3 grades possibles de « validité » :
- A : Preuves scientifiques établies par des études de fort niveau de preuves
 - B : Présomptions scientifiques favorisées par des études de niveau de preuves intermédiaires
 - C : Études de moindre niveau de preuves
 - En l'absence de précisions, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture

Conférences relatives aux addictions Questions

- Justificatifs et Epidémiologie :
- Modalités à mettre en place
- Modalités particulières
 - > Complications
 - > Co morbidité
- Divers
 - > Développement des formations
 - > Évaluation des pratiques
 - > Recommandations particulières

Conférences relatives aux addictions Généralités et Plan

	Sevrage	Post Sevrage Accompagnement
Alcool	« »	« »
Tabac	« »	
Opiacés	« »	« »

On ne parle plus de « Cure » et « Post Cure »

Aspects particuliers :

Grossesse et Alcool	Grossesse et Opiacés
Grossesse et Tabac	Intoxication Éthylique Aiguë (IEA)

Ce qu'il faut retenir Sevrage

- On maîtrise le sevrage pour les « drogues » avec une dépendance physique (alcool, tabac, héroïne)
- Il n'en est pas de même avec le cannabis, la cocaïne, les amphétamines et apparentés
- S'assurer de la dépendance et Mesurer son « niveau » avec les outils adéquats
- Évaluer les facteurs et problématiques psychologiques
- Évaluer les co-morbidités somatiques
- Préparer un projet thérapeutique

Ce qu'il faut retenir Post Sevrage

- Le maintien dans un dispositif de « soins » améliore le pronostic en terme de maintien de l'abstinence mais aussi de qualité de vie
- Les « soins » reposent sur des approches bio psycho sociales. Aucune méthode seule n'a fait la preuve de son efficacité. En appliquer plusieurs améliore le pronostic
- Un accompagnement global, donc pluridisciplinaire et partenarial, est nécessaire
- Beaucoup de re consommation dans les premiers mois : gestion des « rechutes » (re consommations)
- Règles des 3 tiers, à un an : 1/3 abstinent (et le reste), 1/3 idem et 1/3 va mieux mais re consomme

Constats Généraux (1)

- Peu ou pas de médecin du travail impliqué dans les conférences de consensus et les recommandations(1x)
- Médecin conseil uniquement cité dans le contrôle des prescriptions et l'alerte du(es) prescripteur(s) pour les Médic. Substitution aux Opiacés (MSO)
- Importance et Insuffisance de la formation des professionnels
- Importance des réseaux de soins

Constats Généraux (2)

- Peu ou pas de recommandations de Grade A ou B
- Mise au point d'un livret de suivi. Pas d'indicateurs standardisés de « résultats »
- Insuffisance des moyens dévolus à l'approches des problématiques addictives
- Que et Comment faire avec les Adolescents et les Polytoxicomanes (et les personnes âgées) ?

Alcool : Sevrage (période de l'arrêt)

Principes :

- Seule l'Alcool dépendance justifie un sevrage complet et prolongé avec le Consentement éclairé et dans un projet thérapeutique (s'en assurer : CIM 10, DSM IV)
- Ce n'est pas une Urgence et il n'y a pas de Contre Indication
- Médicalisé

Comment : + BZD (diazépam ou Oxazepam)
+ Thiamine (B1) 500 mg/j
+ Psycho-Social : permet baisse du Traitement

Où : - Ambulatoire sauf si :

- + Convulsions ou DT
- + Pbs somatiques, psychiques et socio environnementaux
- + 10 à 30 % des cas, alors

- Hospitalisation: pas plus de 10 j, hors complications somatiques ou psy

Complications :

- + DT : BZD et Clonidine si HTA
- + Convulsions : 2%, éviter BZD IM

Alcool Post Sevrage : éviter la reconsommation (1)

Moyens :

- Soutien psychologique fondement du suivi
 - > TCC – Groupe de parole – Mouvements d'entre aide
 - > Thérapie conjugale et familiale
- Moyens médicamenteux : en complément de l'approche psycho-social
 - > Acamprosate- Naltrexone : *nécessité d'essais contrôlés pour leur efficacité et leur tolérance, de même pour leur association*
 - > Etude pour nouvelle molécule
 - > Disulfirame : pas d'étude
- Projet global d'accompagnement : livret
- Evaluation (à 1,3,6 et 12 mois):
 - > Abstinence pas une fin en soi
 - > Critères qualitatifs (qualité de vie) et pas seulement quantitatifs (GGT, VGM,...)

Alcool

Post Sevrage : éviter la reconsommation (2)

Où :

- Médecin généraliste (à former)
- Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)
- Hospitalisation temps plein (individualisation des services, possibilité d'accueil sur 1 à 3 mois)
- Hospitalisation partielle et ponctuelle
- Équipe de liaison (addictologique : dépistage-orientation - (in)formation)
- Réseau :
 - Réinsertion professionnelle (médecin du travail)
 - Mouvements d'entre-aide

Alcool

Post Sevrage: éviter la reconsommation (3)

Problématiques associées : que faire ?

Alcool – Tabac Pas de rechute croisée Proposer sevrage	Alcool – Médicaments BZD : pas de sevrage brutal, BZD ½ vie, Carbamates	Alcool – Héroïne Prise en charge spécifique et hospitalière
Alcool – Cannabis-Cocaine Pas d'étude	Alcool – Troubles Alimentaires Anorexie Boulimie Pas d'étude	Alcool – Troubles Somatiques Cirrhose – Hépatite C – Cancers VADS Korsakoff sous estimé
Alcool – Anxiété Liée au sevrage, à la dépendance ou patho psy Pas de Benzodiazépines	Alcool – Psychose Fréquent – Réseau avec dispositif psychiatrique Prendre en charge les 2	Alcool – Dépression Effets bénéfiques du sevrage Ne pas traiter trop vite Sous estimée
Alcool – Sexualité Pas assez évoqué	Alcool – Suicide Risques + élevés	

Tabac

Sevrage (1)

■ Généralités :

- > Arrêt le plus tôt possible
- > Quel que soit l'âge : il existe toujours un bénéfice à arrêter
- > Prise moyenne de poids : 6 Kg

Tabac

Sevrage (2)

■ Constat :

- > Évaluer le niveau de dépendance (Fagerström)
- > Co morbidité
 - Anxiété-Dépression : à repérer et traiter avant de débuter le sevrage
 - Alcool : corrélation positive
- > Cas particulier
 - Adolescence
 - Précarité
 - Troubles psychiatriques

Tabac

Sevrage (3)

■ Traitements :

- Conseil minimal :
 - 2 à 5 % d'arrêt « soutenu »
 - (200 000 essais par an)
- Médicaments :
 - substituts nicotiques
 - Bupropion (Zyban) : Place Modeste, Pas utilisé seul, < nicotine
- Autres méthodes :
 - aucune évaluée

Tabac

Sevrage (3)

■ Stratégies :

- Bilan de tabagisme avec le fumeur (histoire - motivations - difficultés) : Grade C
- Définir une stratégie avec lui : Grade A (dépendance – troubles anxio dépressifs – codépendance)
- Proposer un suivi prolongé : Grade A

Opiacés Sevrage (1)

Principes généraux :

- Substitution n'est pas un sevrage ni une méthode de sevrage
- Impact sur la santé et les risques individuels, sociaux et familiaux
- Préparation d'un Projet de soin global par :
 - > Alliance thérapeutique
 - > Pluridisciplinarité
 - > Évaluation clinique
 - Psychologique
 - Somatique
 - Sociale
 - Polytoxicomanie

Opiacés Sevrage (2)

Traitements :

- Gérer le manque :
 - Médicaments :
 - Clonidine
 - Symptomatique (plutôt alimamézine ou cyamimazine)
- Toxicomanies associées :
 - Benzodiazépines : diminuer progressivement
 - Alcool : traitement classique
- Dépression :
 - sous évaluée : diagnostiquer et traiter

Opiacés Traitements et Médicaments de Substitution aux Opiacés (TSO et MSO) (1)

Objectifs :

- **Modifier** les consommations et les habitudes de vie pour retrouver une meilleure santé et qualité de vie.
Réduction des « risques »
- **Partager** avec les patients, des objectifs communs par un projet de soin et planification du temps

Opiacés Traitements et Médicaments de Substitution aux Opiacés (TSO et MSO) (2)

Constats :

- **Environ 100 à 120 000 personnes traitées**
 - 80 % Subutex
 - 20 % Méthadone
- **Efficacité**
 - Diminution de la mortalité et de la morbidité
 - Social : 50 % de nouvelles situations sociales
 - Juridique : 3 X moins Infraction à la Législation aux Stupéfiants (ILS) (entre 1995 et 2003)
 - 2/3 des cas : une meilleure qualité de vie

Opiacés Traitements et Médicaments de Substitution aux Opiacés (TSO et MSO) (3)

Avant prescription :

- S'assurer de la **Dépendance réelle**
- Connaître **tous les produits « consommés »**
- Prendre en compte des **aspects psychologiques**
- **Travailler en réseau**
- **Évaluer les échecs précédents**
- **Approche pluridisciplinaire**

Opiacés Traitements et Médicaments de Substitution aux Opiacés (TSO et MSO) (4)

Modalités de mise en œuvre :

- **Méthadone** : prise unique orale, initialisation 10 à 40 mg, palier 5 à 10 mg
- **Buprénorphine Haut Dosage (BHD)** : prise unique sublinguale, initialisation 4 à 8 mg et palier 1 à 2 mg
- **Recherche dose optimale pour arrêter le manque**
- **Cadres réglementaires différents**
- **Caractéristiques différentes**

Opiacés TSO MSO Meilleur usage (1)

Contrat de soin

- Définir le cadre de prescription :
 - rythme des consultations
 - lieux de dispensation : Ville, CSST, ES,
 - Modalités: ordonnance, pharmacien
- Respecter le « protocole » d'initialisation
- Continuité des soins : co morbidité, projet global...
- Ne pas rester isolé : Contacts entre: Prescripteur, Pharmacien (1 seul), Réseau Ville Hôpital, (médecin du travail)

Opiacés TSO MSO Meilleur usage (2)

Problèmes :

- Accès aux soins assez hétérogènes (précarité)
- Trafic
- Consommation « parallèle »
- Impact faible sur diffusion VHC
- Persistance des troubles psychologiques et dépendances

Opiacés TSO MSO Meilleur usage (3)

Comment – Quand arrêter :

- Vient du patient
- Il n'existe pas de durée optimale
- Diminution progressive
- Contexte socio économique familial favorable

Opiacés TSO MSO - Cadre réglementaire

	Méthadone	Buprénorphine
Prescripteur initial	CSST, ES (relais ville possible)	Tout médecin
Liste	Stupéfiant	Liste 1 (règles idem stup.)
Durée de prescription	14 j	28 j
Ordonnance	sécurisée	sécurisée
délivrance	1 à 7 j (14j dérogatoire)	7 j (28 j dérogatoire)
Fractionnement	Oui	Oui
Renouvellement	interdit	interdit
Chevauchement	Si mention expresse	Si mention expresse

Opiacés Quelques caractéristiques

	Méthadone	Buprénorphine
Mode d'action	Agoniste	Agoniste/antagoniste
Dangerosité	- Risque mortel de surdose - Interactions pharmaco dyn. Par induction enz. : Dépresseurs resp. Agonistes/antagonistes morphiniques	+ Moindre risque de surdose interactions pharmaco dyn BZD et dépresseurs SNC : risque mortel Inhibition enz.
Pharmacocinétique	- Variations interindividuelles	+ Faibles variations
Satisfaction	+ Bonne, moindre anxiété	- Moindre satisfaction (conso. associées)
Forme galénique	- Gamme incomplète + Ne peut être injectée. Stockage difficile en pharmacie	+ Gamme complète - Cp injecté, sniffé ou fumé
Toxicité		Atteinte hépatique en IV

Grossesse Alcool

- Meilleure connaissance de l'embryofoetopathie alcoolique: SAF (RCIU et Faciès caractéristique et atteinte du SNC) et EAF (Effets Alcool sur le Fœtus)
- Alcool = 0 pendant la grossesse
- Repérer les femmes enceintes s'alcoolisant (8 à 12%)
- Aider - Accompagner et Orienter ces femmes
- Aider - Accompagner et Orienter les femmes et les enfants porteurs de SAF et EAF
- Rôle des Équipes de Liaison et du travail partenarial

Grossesse Tabac

- **Prévalence:**
 - > 37 % des femmes fument en début de grossesse
 - > 20 % continuent
 - > Association Alcool -Tabac (Hypoxie en +)
- **Risques**
 - > Hématome retro placentaire
 - > RCIU
 - > Prématurité
 - > Mort subite du nourrisson plus fréquente
- **Arrêt le plus tôt possible**
 - > **Substitution possible**
 - > Bupropion contre indiqué (idem pendant allaitement)

Grossesse Opiacés

- Grossesse à risques
- Ne pas modifier les TSO pendant la grossesse
- MSO ne prévient pas le Syndrome de Sevrage Néonatal
- MSO à adapter en fin de grossesse : augmentation des doses
- MSO non contre indiqués si allaitement (sauf si VIH)

Intoxication Ethylique Aiguë (IEA) (1)

- **Épidémiologie**
 - > 5 à 10 % des urgences
 - > Alcoolémie positive de 20 à 40 % des cas
- **Diagnostic aisé**
- **Gravité variable** en fonction des « diagnostics » associé » (traumatique notamment,...)
- **Augmentation fréquence** de l'IEA chez les enfants et adolescents

Intoxication Ethylique Aiguë (IEA) (2)

- **C'est une urgence médicale (doit être traitée comme telle)** (*débat médecine du travail*)
- Régresse le plus souvent seule
- Si grave : réanimation
- Si agitation : sédation (**problème de la contention ?**)
- Débute parfois un sevrage alcoolique (BZD), **rencontre avec Equipe de Liaison**

Ce qu'il reste à faire De nombreuses recherches cliniques (1)

- Tabac :**
- Tabagisme « actif » et passif chez la femme enceinte et dans l'environnement
 - Marqueur du tabagisme,....
- Alcool :**
- Impact de l'hospitalisation prolongée sur l'alcoolisation
 - Prise en charge des comorbidité alcool et troubles de la personnalité
 - Essais contrôlés sur les médicaments aidant au maintien de l'abstinence

Ce qu'il reste à faire De nombreuses recherches cliniques (2)

- Drogues illicites :**
- Suivi d'une cohorte (vrai pour tous les produits)
 - Mode d'entrée dans la toxicomanie
 - Impact de l'obligation de soins (également pour l'alcool)
 - Sevrage pour enfant et adolescent de même que pour la cocaïne, cannabis,...
 - Incidences en milieu professionnel (**CAT : Conf. de consensus ?**)

Ce qu'il reste à faire

De nombreuses recherches cliniques (3)

Poly toxicomanies:

- Comorbidité psychiatrique
- Approches thérapeutiques

Outils d'intervention:

- Evaluation du DETA aux Urgences
- Evaluation des pratiques de soins
- Facteurs de réticences ou résistances au traitement
- Outils de gestion contrôlés pour les non dépendants
- Elaboration et évaluation d'outil de prévention

Traitements de substitution : intérêts et limites

Dr Jean-Michel Delile

Psychiatre, CEID, Bordeaux

Les conférences de consensus, les recommandations et rapports officiels publiés aux USA, en Grande-Bretagne, en Suisse, en France, en Belgique ou par l'OMS (1,2,3,4,5,6,7,31) sur la base de centaines de publications internationales, ont fait la démonstration du grand intérêt des traitements de substitution dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Et pourtant les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre à une large échelle de ces traitements dans notre pays (mauvaises utilisations, trafic...), difficultés au demeurant attendues et annoncées (8) et relativement limitées au regard des bénéfices obtenus, ne pouvaient que rappeler les limites de ces traitements qu'il convient donc de rappeler.

Si l'on tient pour acquis que les praticiens connaissent et tentent de mettre en œuvre les recommandations formulées au plan international, il apparaît que deux questions-clés sont à traiter pour aborder la question posée :

- co-définition avec le patient des objectifs de traitement clairs, explicites et partagés dans le cadre d'une réelle alliance thérapeutique,
- inscription du traitement des dépendances des opiacés dans une perspective globale et à long terme : le médicament de substitution ne peut pas tout, tout de suite.

I - Traitement global et au long cours

Les objectifs généraux du traitement de la dépendance des opiacés sont généralement définis comme une modification positive dans le parcours du toxicomane :

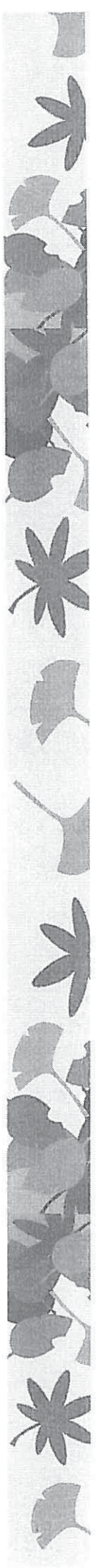
- de sa consommation de drogues (réduction voire arrêt des usages et de leurs effets, réduction de la fréquence et de la sévérité des rechutes),
- de son implication dans un processus global et durable de traitement,
- de son état global de santé (y compris réduction des risques et dommages associés),
- de son insertion familiale et sociale,
- de sa qualité de vie.

Il apparaît donc que, face à des enjeux aussi globaux, les traitements de substitution ne peuvent constituer à eux seuls le traitement de la dépendance des opiacés, mais qu'ils ne trouvent tout leur sens et leur pleine efficacité qu'en tant qu'élément et support, d'ailleurs essentiel, d'un programme global de traitement devant être en mesure de s'inscrire dans le long terme.

1) Rappel historique

Lors de l'apparition des problèmes de dépendance aux opiacés en Europe, dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, ceux-ci furent dans un premier temps exclusivement analysés comme des conséquences de l'intoxication. Le seul traitement envisagé était donc la cure de sevrage, l'hypothèse étant qu'une fois débarrassé du produit et de la dépendance physique induite, le patient serait « guéri ». C'est ainsi que les discussions sur le traitement de la morphinomanie portèrent essentiellement sur les différentes techniques de sevrage (brusque, rapide ou lente, 9).

Cependant, il apparut très vite aux cliniciens que, dans bon nombre de cas, les cures de sevrage, quelle que soit la technique utilisée, étaient suivies de rechute dans des délais plus ou moins brefs après la sortie de l'institution. En ce qui concerne les usages de morphine, ce constat les amena à décrire, à côté du morphinisme aigu, de nouvelles entités cliniques prenant mieux en compte cette dimension récidivante voire chronique



de la toxicomanie : morphinisme impulsif, morphinisme résistant, morphinisme chronique puis morphinomanie (Magnan à la suite de Levinstein, 1875) qui annonçait le concept, «fédérateur» pour l'époque, de toxicomanie. Ball soulignait ainsi en 1885 que «Levinstein distinguait avec raison le morphinisme qui est l'empoisonnement chronique par la morphine de la morphinomanie qui est une appétence morbide pour ce produit».

Il apparaissait en effet, du fait de ces multiples récurrences, que la toxicomanie aux opiacés, une fois installée, avait des effets à long terme et qu'elle n'était pas le seul résultat d'une intoxication mais qu'elle était souvent la conséquence ou l'expression de problèmes antérieurs, constitutionnels ou acquis, aux plans psychologique et social. Chambard en 1890 (9) résuma la situation : «Ce serait mal pénétrer l'étiologie du morphinisme que de ne l'attribuer qu'à l'usage de la morphine (...). Tout le monde peut être morphinisé mais ne devient pas et ne reste pas morphinomane qui veut».

C'est ainsi que de plus en plus de cliniciens insistèrent sur la nécessité d'associer aux cures de sevrage «un traitement moral» de la toxicomanie visant à combattre ces causes constitutionnelles, psychologiques, sociales ou culturelles, facteurs de récurrence et qui semblaient, à côté de la drogue, constituer le cœur du problème. La prise en compte de ces facteurs devenait un élément clef du traitement aux côtés de la cure proprement dite et un des objectifs principaux de cette dernière.

L'expérience clinique modifia ainsi les conceptions théoriques de la toxicomanie qui fut de moins en moins considérée comme un problème uniquement physiopathologique, «simple» conséquence d'une intoxication chronique, mais bien plutôt comme un problème multifactoriel intégrant à la fois des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Dès lors, la «cure» et, plus largement, tout traitement médical ne pouvaient plus être reçus comme résumant à eux seuls le champ de la prise en charge mais bien plutôt comme un élément, certes indispensable voire même fondamental, d'un ensemble global d'interventions bio-médicales, psychologiques et sociales. L'un des objectifs centraux de ces «cures» devenait donc de contribuer à la mise en place de cette prise en charge globale et durable.

Lors de la deuxième vague de toxicomanie aux opiacés, depuis les années 1970 dans notre pays, cette conception plurifactorielle fut à nouveau popularisée par Olivenstein et elle fut adoptée par la quasi-totalité des cliniciens.

2) Projet thérapeutique global et inscrit dans le long terme

On a vu précédemment que la question des rechutes fut une des raisons essentielles de la prise de conscience de la nécessité d'inscrire le traitement des toxicomanies dans une perspective thérapeutique globale et de longue durée. Les travaux d'évaluation de l'efficacité des cures de sevrage aux opiacés mettent en évidence que les taux de succès (abstinence à 6 mois) sont médiocres (10) avec des taux de rechute à 6 mois se situant selon les études entre 50 et 90 % (pour une première cure, les taux de rechute se situent entre 90 et 100 %).

Ces données confirment la nature volontiers récidivante voire chronique de la toxicomanie aux opiacés. Son traitement doit dès lors nécessairement s'inscrire dans le long terme. La question-clef est moins celle du sevrage que celle du maintien de l'abstinence ou de la prévention des rechutes et donc de l'inscription du traitement dans la durée face à un trouble «au long cours», dirions-nous aujourd'hui plutôt que «chronique».

Abstraction faite du lieu de traitement et de ses modalités, la fréquence, l'intensité et la durée des traitements sont positivement corrélées avec l'amélioration de l'état du patient (11). L'inscription des approches thérapeutiques dans le long terme semble donc être reconnue par la communauté scientifique comme un élément central d'efficacité, à tel point qu'il était habituel d'affirmer au début des années 1980 que, d'un point de vue pragmatique, peu importait la nature particulière du traitement (groupes self help -type Alcooliques Anonymes-, communautés thérapeutiques, approche «relationnelle», substitution...), les programmes thérapeutiques les plus efficaces étaient ceux qui assuraient la meilleure rétention et la plus longue durée de prise en charge (Drug Abuse Reporting Program -DARP-, Treatment Outcome Prospective Study -TOPS-, 12, 13). Dès le début des années 1980, Mac Lellan et al. (11) avaient ainsi montré qu'un traitement à long terme était toujours significativement plus efficace qu'un traitement à court terme.

L'expérience clinique et les travaux de consensus sur le sujet (3) indiquent que la durée de traitement d'un toxicomane doit être adaptée à ses besoins individuels et peut varier de quelques mois à plusieurs années (plus de 10 ans pour les traitements les plus longs...) selon la gravité de l'état de dépendance. Dans ce cadre, le traitement de la dépendance a pour but non seulement d'obtenir un sevrage mais aussi et surtout de prévenir durablement la rechute et donc de permettre au patient de s'inscrire dans un projet de soins au long cours (3). Son engagement dans un tel processus est donc un but fondamental en début de traitement, ce qui nécessite de construire une réelle alliance thérapeutique (14) où cette question du long terme doit être explicitement et préalablement abordée.

A côté de cet objectif direct de diminution ou d'arrêt de prise de drogues, les traitements devront donc également viser à aider le sujet à s'engager dans une prise en charge non seulement durable mais aussi globale. En effet, au plan clinique, l'expérience de l'abstinence permet fréquemment à nombre de sujets de réaliser que leurs problèmes psychiques ou sociaux ne sont pas complètement réglés pour autant et qu'ils constituent des facteurs de rechute. Cela peut les amener à découvrir que se droguer n'était pas la cause unique ni nécessairement première de toutes leurs difficultés mais en était parfois aussi la conséquence. Cette expérience peut aider le patient à élaborer une demande globale d'aide déjà positive en soi mais aussi en ce qu'elle peut contribuer à soutenir le processus thérapeutique dans la durée.

D'autre part, l'expérience de la rechute elle-même ou du maintien d'une poly-intoxication pourra également contribuer à amener le sujet à s'interroger sur ce qui, au delà du produit, dans sa personnalité, dans son histoire, dans ses problèmes psychologiques, dans sa vie sociale, aura contribué à sa rechute ou à un «échec» relatif. C'est ce constat, pour peu qu'il soit accompagné psychologiquement, qui pourra l'amener là encore à s'engager dans un processus thérapeutique global et au long cours dont on sait que c'est de lui en fait que dépendra le pronostic.

Pour que cette prise de conscience ait plus de chances d'être utile et efficace, encore faut-il que la mise en place du traitement ait d'emblée été placée dans une perspective globale et de long terme dans le cadre d'objectifs clairs, explicites et partagés. Ce temps de préparation est donc décisif.

3) Les traitements de substitution

Les traitements de substitution obéissent à ces mêmes principes généraux. Ils furent inventés eux aussi à la fin du XIX^e siècle dans le cadre de cures substitutives-dégressives où l'on diminuait lentement la quantité d'opiacés prescrits en substitution des opiacés auto-administrés (chlorhydrate de morphine en général). Les résultats décevants amenèrent les cliniciens à rendre la période dégressive de plus en plus longue voire indéfinie tendant ainsi vers les traitements de maintenance que codifièrent Dole et Nyswander en 1965 en utilisant une molécule, la méthadone, à la pharmacologie plus favorable.

Dans cette perspective, les traitements de substitution trouvaient leur indication essentielle auprès de patients présentant des rechutes chroniques de leur dépendance des opiacés, la durée minimale de dépendance étant de 1 an dans les recommandations de l'APA (American Psychiatric Association) (3).

Les objectifs centraux de ces traitements de maintenance sont, d'une part, de parvenir à une dose stable de maintenance qui réduise le besoin irrépressible («craving») de consommer des opiacés et l'usage d'opiacés illégaux et, d'autre part, de faciliter l'engagement du patient dans un programme global et individualisé visant à prévenir rechutes, abus ou dépendance à d'autres substances, et à promouvoir sa réinsertion (3).

Ces traitements ont fait la preuve de leur efficacité en réduisant la dépendance des 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 qui assurent une meilleure rétention et un meilleur devenir (15,16). 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 (13,15), ce qui fait d'eux les meilleurs traitements actuellement disponibles des dépendances confirmées des 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 (17).

Les questions-clefs des traitements de maintenance sont donc : le dosage de médicaments ; le suivi attentif et le contrôle de la délivrance ; la poursuite du traitement pendant une durée appropriée ; l'inclusion de cette modalité thérapeutique dans un programme global fournissant également des services psychologiques et sociaux. En effet, diverses études (18) ont observé que tous les programmes de substitution n'étaient pas également efficaces : à prescriptions comparables, ce sont les programmes assurant les services les plus globaux (médicaux, psychiatriques, sociaux) qui ont la meilleure qualité (15) et les meilleurs résultats (rétention, devenir des patients) (15,16,18,19). Le « monitoring » avec analyses d'urines et « counselling » adapté permet encore d'améliorer les résultats.

Rappelons que les travaux d'évaluation longitudinale de Woody et al. à 7 mois et à 1 an de suivi (20,21) ont établi que, chez des patients bénéficiant d'un traitement par la méthadone en centres, une prise en charge psychothérapeutique complémentaire amplifiait les améliorations obtenues par le programme standard. La même observation était faite chez les patients présentant des troubles psychiatriques associés (22). Le même constat a pu être fait en pratique de ville en France (23) et en Belgique (24) où ces données classiques en milieu institutionnel ont pu être retrouvées en pratique de ville dans le cadre de réseaux travaillant dans une orientation relationnelle. Pour autant, le travail de suivi de la conférence de consensus belge (4) a réaffirmé que cette offre de soins psychologiques ne doit pas être conçue comme un préalable à la prise en charge, notamment dans le cadre d'actions de réduction des risques ou de prises en charge de patients non désinsérés, sans comorbidité psychiatrique repérable et peu favorables à un tel accompagnement.

Les critères d'interruption du traitement de maintenance 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 (25,26). Les patients qui veulent arrêter doivent bénéficier d'un suivi attentif.

En d'autres termes, si les traitements de substitution sont actuellement si volontiers recommandés, c'est bien parce qu'ils sont les plus efficaces dans la mesure où ils assurent une meilleure rétention en traitement et un meilleur suivi dans le long terme. Il apparaît que ces traitements sont d'autant plus efficaces qu'ils s'inscrivent dans le cadre de programmes globaux incluant des offres de services psychologiques et sociaux.

II - Définition d'objectifs partagés

Et pourtant en France, malgré la diminution radicale des décès par overdoses et de l'incidence de l'infection par le VIH chez les toxicomanes, malgré les progrès spectaculaires obtenus dans l'accès aux soins des personnes dépendantes des opiacés et malgré la nette amélioration de la qualité de vie des personnes prises en charge... malgré tout cela, ces traitements font de nouveau l'objet de critiques acerbes. Les protagonistes ont changé, les fronts se sont parfois inversés mais la discussion (la polémique ?) continue...

La question des mésusages et des mauvaises utilisations de traitements de substitution (Subutex essentiellement) occupe le devant de la scène avec comme facteur aggravant le coût social (1^{ère} spécialité remboursée en valeur à Paris !) et le développement de détournements ou de trafics ainsi financés indirectement par l'Assurance Maladie, ce qui en aggrave encore le caractère « immoral » ! Au plan médical, la multiplication des complications locorégionales liées aux injections de Subutex, l'apparition d'intoxications aiguës, d'abus ou de dépendances primaires sont également un grave sujet de préoccupation pour les usagers et les cliniciens. Or, si l'on exclut du champ de notre réflexion la petite minorité de pratiques ouvertement délinquantes de la part d'usagers, de médecins et/ou de pharmaciens, il apparaît que la plupart de ces difficultés se rattachent à des pratiques professionnelles non inscrites dans le champ de la substitution « orthodoxe » mais dans celui, beaucoup plus flou mais bien réel, des pratiques dites de « bas-seuil » ou de « réduction des risques ». Il s'agit donc pour partie d'une question de définition d'objectifs.

Si en effet l'issue idéale pour des personnes présentant une toxicomanie est l'arrêt total de l'usage de la substance, certains patients néanmoins sont incapables d'atteindre cet objectif ou sont peu motivés pour le poursuivre, surtout en début de traitement. De tels patients doivent pourtant pouvoir être aidés à minimiser les effets directs ou indirects de l'usage de drogues. La réduction de la quantité de drogue utilisée ou de la fréquence des prises ou encore l'utilisation d'une substance moins dangereuse peuvent

donc être des objectifs légitimes de traitement. Cela a conduit de nombreux pays dont la France à développer des actions dites de «réduction des risques» qui cohabitent avec les traitements de substitution cadrés (les «protocoles de substitution») avec parfois des effets de voisinage troublants pour l'opinion publique, quand par exemple de nombreux toxicomanes français préfèrent aller en Belgique pour suivre un traitement méthadone alors qu'ils pourraient en bénéficier chez eux, mais selon d'autres modalités... C'est ainsi que beaucoup d'usagers, quitte à faire quelques détours et à devoir payer, préféreront fréquenter des lieux faciles d'accès où ils pensent pouvoir obtenir ce qu'ils veulent (notamment des produits à effet nettement renforçant) plutôt que de devoir passer sous les fourches caudines des prétendues «prises de tête» et de la surveillance quotidienne, pour un résultat différé et une abstinence qui ne fait pas partie de leur projet du moment. En ce sens, cette question n'intéresse donc pas exclusivement nos collègues des frontières mais pose un problème général.

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... On pourrait alors identifier les méthodes les plus efficaces pour atteindre ces objectifs et récuser les autres.

Or, ce n'est pas le cas avec les traitements de substitution, ils peuvent être utilisés pour des objectifs différents et c'est sans doute cette particularité qui contribue à entretenir l'actuel climat de confusion. Un travail de synthèse récent d'Auriacombe et al. (28) résume bien la question : «On regroupe sous le terme de traitements de substitution des entités différentes : les substitutions vraies, qui sont des interventions sur les dommages collatéraux dus à la dépendance sans modifier celle-ci, et les traitements de maintien de l'abstinence qui sont des interventions qui agissent sur le comportement de dépendance lui-même». Distinguo que résume bien le tableau suivant :

TTT de SUBSTITUTION VRAI	TTT de MAINTIEN DE L'ABSTINENCE
Pas d'effort ou de contraintes particulières pour le patient	Engagement et efforts importants pour le patient. Nécessite préalablement d'être dans une démarche visant à arrêter
Conduite addictive inchangée	Conduite addictive supprimée
Expérience euphorique	Pas d'effets euphoriques
Supprime les symptômes de sevrage, sans supprimer l'envie et/ou le besoin de substances	Supprime l'envie et/ou le besoin de substances et aussi les symptômes de sevrage
Ne modifie pas les autres usages de substances ou les augmente	Réduit les autres usages de substances
Produits : inhalateur et gomme à mâcher de nicotine, héroïne médicalisée, buprénorphine ou morphine utilisées en IV	Produits : patch de nicotine, buprénorphine sublinguale, méthadone orale

TABLEAU COMPARATIF
(Auriacombe et al.) (28)

Dans le premier 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 certain nombre d'effets collatéraux en matière de sécurité (8) 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.

A l'opposé, 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 différents impliquent donc des pratiques différentes qui devraient pouvoir être évaluées en fonction de critères d'évaluation particuliers, on ne peut juger les uns à l'aune des autres. 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.

Parmi les conditions du succès d'un traitement de substitution, l'une des toutes premières semble donc être de lever les éventuels quiproquos régissant leur mise en œuvre. Les objectifs thérapeutiques doivent être explicitement définis et partagés avec le patient. Dans un cas, on visera à réduire les risques liés à l'addiction sans la remettre fondamentalement en cause et en mettant en œuvre des modalités d'intervention aisément acceptables par le patient. Dans l'autre, on recherchera une évolution en profondeur qui nécessitera un engagement important et durable du patient. C'est cette dernière approche, nous l'avons vu, qui est la plus efficace mais il faut parfois du temps pour que certains patients souhaitent ou puissent s'y engager.

Pendant ce laps de temps, les pratiques de réduction des risques sont souvent les seules possibles et elles sont d'autant plus acceptables qu'elles offrent souvent l'opportunité d'un premier accès aux soins qui peut constituer l'amorce initiale d'un projet de soins plus global et durable (sans en faire un préalable...)

Il convient de rappeler que le Rapport de suivi de la conférence de consensus belge sur la méthadone (4) a eu l'immense mérite de procéder à un premier bilan de la diversification et de l'abaissement des seuils de prise en charge (également appelé «assouplissement» des pratiques) consécutifs à la conférence de consensus de 1994. Nous manquons cruellement d'un tel travail en France. Si les données internationales abondent en effet sur les traitements de substitution appliqués à la dépendance elle-même (doses efficaces, monitoring, prise en charge durable et globale), les pratiques de bas-seuil restent quelque peu souterraines et insuffisamment évaluées. Leur intérêt en matière d'accès aux soins, d'amélioration de l'état de santé des patients et de leur insertion sociale est certes généralement admis encore que de manière bien imprécise mais l'ampleur, la visibilité et la nocivité des mauvaises utilisations de traitements de substitution, tout particulièrement de Subutex en pratique de ville, contribuent à troubler fortement les patients et les professionnels alors même que la bonne accessibilité à ces traitements a permis à la France de devenir l'un des pays européens où la réduction de la mortalité des héroïnomanes a été la plus importante ces dernières années.

Cette altération de l'image de ces traitements est d'autant plus préoccupante qu'elle peut nuire à leur diffusion malgré tout leur intérêt. C'est pourquoi en complément des mesures de contrôle mises en place par les caisses d'Assurance Maladie (29), il est nécessaire que nos professions s'emparent de ce dossier et s'attellent à la tâche difficile de définir des pratiques de qualité en matière de traitements de substitution dits de «bas seuil».

Les données actuelles sont en effet encore insuffisantes pour définir de telles bonnes pratiques comme cela a pu être fait pour les traitements de maintenance. Ce retard tient pour partie au fait que les praticiens du bas-seuil (médecins libéraux ou institutions souvent précaires) n'ont guère de disponibilité pour procéder à des recherches, que leurs patients sont souvent parmi les plus instables (et donc difficiles à suivre et à étudier), que ces pratiques sont éclatées, non codifiées et donc difficilement évaluables et que nombre d'entre elles ne sont pas réglementaires au regard des AMM (Autorisation de mise sur le marché) actuelles, ce qui n'encourage guère à les publier. Si l'on ajoute à cela le poids des stéréotypes évoqués plus haut et les risques d'incompréhension face à des pratiques semi-clandestines qui peuvent être assimilées à une tolérance coupable face à la drogue, on comprendra que les chercheurs ne soient pas légion en ce domaine.

Et pourtant, les initiatives et les expériences nouvelles abondent, toutes ont pour grande qualité de tenter de mieux adapter l'offre de soins aux besoins et aux possibilités des patients. Il s'agit bien d'une réelle co-élaboration d'objectifs partagés qui seuls peuvent permettre d'inscrire le projet global de soins dans la durée tout en touchant le plus grand nombre d'utilisateurs (précisément parce que ce projet n'est pas imposé a priori mais qu'il est multiple, diversifié, adapté à la situation de chacun.). La diversification des pratiques de seuil est déjà largement en route au prix parfois de bien des tensions et problèmes induits.

La rationalisation et la coordination de ces différentes pratiques de soins, parfois encore un peu «sauvages», mais aussi les expérimentations contrôlées et évaluées [sans exclure a priori, par exemple, la question délicate des prescriptions d'héroïne «médicalisée» (30)] sont donc de toute première urgence pour les asseoir sur de meilleures bases. Voilà bien un domaine d'investigations où les données validées sont encore rares, parcellaires et discutées et qui semble de ce fait appeler une nouvelle initiative de la Fédération Française d'Addictologie, pourquoi pas une autre conférence de consensus ?

REFERENCES

- 1 - PARRINO M. W.
State methadone treatment guidelines
Consensus panel chair (1992)
US Department of health and human services
Edition en Français : Fondation Phénix (JUNET C., DEGLON J.-J.)
Editions Médecine et Hygiène, Genève, 1994
- 2 - DALLY S., DJEZZAR S.
Compte-rendu de la conférence interuniversitaire sur les intérêts et les limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes.
Châtenay-Malabry, 23-24-25/06/1994
- 3 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders : Alcohol, Cocaine, Opioids.
Am. J. Psychiatry 152:11, November 1995 Supplement (481 références pour l'essentiel d'origine américaine et allant de janvier 1980 à février 1993).
- 4 - Rapport de suivi de la conférence de consensus sur la méthadone (Président : Prof. I. PELC)
Conseil supérieur d'hygiène, Bruxelles, 2000
- 5 - AUGÉ-CAUMON M.-J., BLOCH-LAINE J.-F., LÖWENSTEIN W., MOREL A.
L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations.
La documentation française, Paris, 2002
- 6 - Substitution aux opiacés en France, synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001.
OFDT, Paris, 2003
- 7 - WHO/UNODC/UNAIDS Position paper
Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.
WHO/OMS, Genève, 2004
- 8 - DELILE J.-M.
Programmes de substitution et réduction des risques
Journée ANIT/INSERM, La Salpêtrière, Paris, 02/10/1992
Interventions, 1995, 51, 25-34.
- 9 - CHAMBARD E.
Les morphinomanes.
RUEFF et Cie Ed., Paris, 1890 (Réed. : Frénésie Ed., Paris, 1988).
- 10 - DELILE J.-M.
Inscription du sevrage dans le long terme
Conférence de consensus, FFP
John Libbey Eurotext Ed, Paris, 1998
- 11 - Mc LELLAN A.T., LUBORSKY L., O'BRIEN C. P., WOODY G. E., DRULEY K. A.
Is treatment for substance abuse effective ?
J. Am. Med. Assoc., 1982, 247, 1423-1428.

- 12 - SIMPSON D. D., SELLS S. B.
Effectiveness of treatment for drug abuse : an overview
Adv. Alcohol. Subst. Abuse, 1983, 2, 7-29.
- 13 - HUBBAND R. L., MARSDEN M. E., RACHAL J. V.
Drug abuse treatment : a national study of effectiveness
Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1989
- 14 - LUBORSKY L., Mc LELLAN A. T., WOODY G. E., O'BRIEN C. P., AUERBACH A.
Therapist success and its determinants.
Arch. Gen. Psychiatry, 1985 ; 42 : 602/611.
- 15 - BALL J., ROSS A.
The effectiveness of methadone maintenance treatment
New York, Springer-Verlag, 1991
- 16 - JOE G.W., SIMPSON D.D., HUBBARD R.L.
Treatment predictors of tenure in methadone maintenance
J. Substance Abuse 1991; 3: 73-84
- 17 - MATTICK R. P., BREEN C., KIMBER J., DAVOLI M.
Methadone maintenance therapy vs. no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane review)
Cochrane Database Syst Rev 2002 ; 4 : CD002209
- 18 - General Accounting Office. Methadone maintenance : some treatment programs are not effective, greater federal oversight needed.
Publication GAO/HRD 90-104, Washington DC, US Govt Printing Office, 1990
- 19 - Mc LELLAN A. T., ARNDT I. O., METZGER D. S., WOODY G. E., O'BRIEN C. P.
The effects of psychological services in substance abuse treatment
JAMA, 1993, 269, 1953-1959
- 20 - WOODY G. E., LUBORSKY L., Mc LELLAN A. T., O'BRIEN C. P., BECK A. T., BLAINE J., HERMAN I., HOLE A.
Psychotherapy for opiate addicts : does it help ?
Arch. Gen. Psychiatry 1983, 40, 639-645
- 21 - WOODY G. E., Mc LELLAN A. T., LUBORSKY L., O'BRIEN C. P.
Twelve months follow-up of psychotherapy for opiate dependence.
Am. J. Psychiatry., 1987, 144, (5), 590-596.
- 22 - Mc LELLAN A.T., LUBORSKY L., WOODY G. E., DRULEY K. A., O'BRIEN C. P.
Predicting response to alcohol and drug abuse treatments : role of psychiatric severity.
Arch. Gen. Psychiatry 1983 ; 40 : 620-625 (C).
- 23 - AURIACOMBE M., FRANQUES P., DAULOUEDE J.-P., BRISSEAU-GIMENEZ S., TIGNOL J.
Traitements de substitution : le médicament est... celui qui le donne
Le courrier des addictions, 2002, 4, 3, 104-106
- 24 - LEDOUX Y.
Evaluation du traitement de la toxicomanie au RAT (Réseau d'aide aux toxicomanes)
FNRS, Bruxelles, 1997
- 25 - Des JARLAIS D. C., JOSEPH H., DOLE V. P.
Long term outcomes after termination from methadone maintenance treatment
Ann. NY Acad Sci, 1981, 362, 231-238
- 26 - Mc GOTHLIN W. H., ANGLIN D. M.
Shutting off methadone : costs and benefits
Arch. Gen. Psychiatry, 1981, 38, 885-892

27 - DELILE J.-M.

Médicaments de substitution, pratiques de seuil et expériences nouvelles (Editorial)
Flyer, N° spécial, 2003

28 - AURIACOMBE M., FATSEAS M., FRANQUES-RENERIC P., DAULOUÈDE J.-P., TIGNOL J.

Thérapeutiques de substitution dans les addictions.

Revue du praticien, 2003 : 53, 1327-1334

29 - DESTRIAU Y., DUPOUY-DUPON C., LABAT A., MARCHAND M., ROUMILHAC J.-J., SENCEY M., VALADIE-
JEANNEL M.

L'examen conjoint, un outil pour limiter le mésusage de la buprénorphine H. D. (Subutex) en Gironde
CNAMTS/DDASS 33, Ateliers européens de pharmacodépendance, Biarritz, 27-28/10/2003

30 - DELILE J.-M.

Le Léthé (Lieux expérimentaux de traitement par l'héroïne)

Interventions, 2002

31 - Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés :
place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004, Lyon, FFA-ANAES

Alcoologie et addictologie, 2004, 26 (4 suppl)

Prévention du risque alcool au sein d'une entreprise agricole

Docteur Jean-François Ruiz

Médecin du travail, Mutualité Sociale Agricole de Loire Atlantique

La prise en charge du problème alcool au travail repose avant tout sur une prise de conscience.

(Alcool et travail, Prévention des risques liés à l'alcool en milieu professionnel, Dossier de presse de l'assurance maladie et du CFES de décembre 2001, contact CNAMTS/CFES : Anne Degroux : anne.degroux@cfes.sante.fr).

Cette prise de conscience du problème par l'entreprise est assez récente et se substitue de plus en plus au tabou voire une certaine complicité par « omission » du phénomène.

Les entreprises ont compris les risques encourus pour la santé de leurs salariés.

L'aspect financier :

Coût social du fléau, absentéisme et de baisse de productivité, réaménagements de poste, licenciements.

Ainsi que la responsabilité par rapport à la législation sur le risque.

La finalité d'une démarche de prévention d'une entreprise est l'instauration d'une nouvelle culture d'entreprise. Cela est valable pour n'importe quel risque ou facteur de risque. Et cela implique tous les acteurs de l'entreprise : employeur, salariés et médecin du travail (service santé sécurité, voire service social).

Pour mettre en place ce type de prévention, tous les acteurs doivent donc être partie prenante :
si la demande émane seulement d'un tiers sans adhésion ou forte implication des autres, 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.

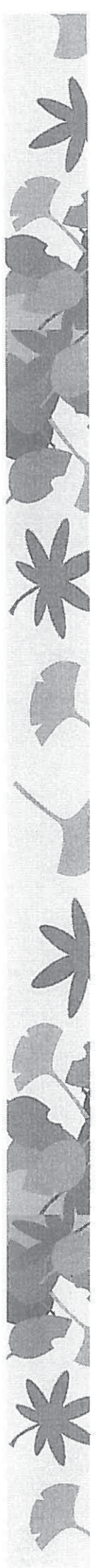
Le lieu idéal pour faire naître ce type de projet est le CHSCT (comité d'hygiène et sécurité de l'entreprise).

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).

Trois objectifs ;

- Lutter contre les fausses idées,
- Lutter contre le silence et le tabou,
- Permettre aux personnes concernées de connaître les structures d'aide.



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

(Dr Christiane Jacquet, Actes du colloque « l'alcool et le travail », Arcachon, 12 mai 2000, p.20)

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.
Comment 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.

(J-P Jeanin, J-F Vallette, C. Harzo ; Gérer le risque alcool au travail ; Lyon, Editions de la Chronique sociale, Collection Savoir communiquer, 2003 ISBN 2 85008 493x.-391 p.)

Le registre de la loi et son application dévolus à la hiérarchie.
Le registre de l'aide et l'accompagnement, apanage du médico-social.
Le registre de la prévention, de la recherche et de l'action, domaine d'un « groupe alcool » formé et mandaté.

La prévention est essentiellement technique et collective et passe par une large formation et sensibilisation des salariés.

(Fiche risque bossons futé n°24, auteurs Dr Bouhot SNCF 75, Dr Kiritze-Topor Société Française Alcoologie, Dr Taktouk CIAMT 75, Dr Trilhe CMIE 75 ; juillet 2005)

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.
Le règlement intérieur peut prendre des dispositions plus contraignantes que le code du travail.
Place de l'alcootest et de l'alcoolémie.

La prévention passe aussi par l'amélioration des conditions de travail.

Une information sur les procédures disciplinaires en cas d'alcoolisation problématique doit être faite à tous les salariés.

Les 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, avec des objectifs clairs.

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.

L'information doit être objective et loyale, non pénalisante et non traumatisante, globale ou par service. Elle doit être faite à tous et notamment à la hiérarchie (dangers de l'alcool, notions d'usage et mésusage, etc...).

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 le médecin du travail et/ou vers les réseaux d'aide).

Remarques sur les contrôles sur le lieu de travail, aspects législatifs, règlement intérieur :

Dr M. Gournay MIRT Bsse Normandie, B. Le Neindre (SMT Normandie) Evreux 7/10/2003

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 (GGT), tant réclamés aux médecins du travail par certaines entreprises, n'empêcheront jamais l'alcoolisation aiguë.

La pratique de dépistage de l'imprégnation alcoolique n'est pas non plus une parade à 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 (ébrioité) et sous certaines conditions.

L'état d'ébrioité 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).

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, JO AN 10 novembre 1997), 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 13 848, JO AN 16 février 1987).

Trois conditions nécessaires mais suffisantes pour un contrôle permettant d'établir sur le lieu de travail l'état d'ébrioité 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, un tel état (d'ébrioité) soit de nature à exposer les personnes ou les biens à un danger... ».

(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).

C'est la recherche de l'équilibre entre les droits fondamentaux et obligations de l'employeur qui caractérise le corpus jurisprudentiel entourant les tests de dépistage.

**Exemple concret, une action de prévention dans une entreprise agricole
Action débutée en 1998 et toujours en cours (cf power point)**

Conclusion

« Dès que l'on parle alcool, on perd sa neutralité.. »


Le médecin (du travail) peut lui-même avoir un déni par rapport au travailleur. C'est ce que l'on appelle les contrattitudes des soignants (Rueff) :

- Négatives de rejet : « je n'ai pas le temps, je ne suis pas formé pour, je respecte la liberté.. »
- Positives : connivence, fascination, besoin irrépressible de soigner.


Il est fondamental de garder à l'esprit pour le médecin les articles 2 et 5 du code de déontologie : ...tous les malades...quelque soit la religion...et les sentiments qu'il nous inspire...

Le médecin du travail doit :

- Savoir se remettre en question (quelles sont nos propres dépendances ? quelle est la place des échecs et des succès par rapport à notre idéal de vie ?),
- Savoir travailler en équipe (contre balancier efficace contre la blessure narcissique de l'échec de prévention et la lassitude qui peut s'installer),
- Connaître ses limites, et toujours s'informer et se former,
- Etre patient car les résultats ne sont pas immédiats et ne sont pas faciles à évaluer en prévention,
- Etre optimiste dans l'accompagnement d'un salarié ou dans son rôle de médecin de prévention.


**santé
famille
retraite
services**

Journées Addictologie et Travail



INMA
les 6 et 7 septembre 2005
à Lille

La prise en charge du problème alcool au travail repose avant tout sur une prise de conscience

(Alcool et travail, Prévention des risques liés à l'alcool en milieu professionnel, Dossier de presse de l'assurance maladie et du CFES de décembre 2001, contact CNAMTS/CFES : Anne Degroux : anne.degroux@cfes.sante.fr)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA

- Un phénomène récent.
- Prise de conscience par les entreprises des risques encourus :
 - Santé
 - Coût
 - Législation
- Instauration d'une nouvelle culture d'entreprise impliquant tous les acteurs de l'entreprise.

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA

- CHSCT comme initiateur de ce type de prévention
- 3 objectifs :
 - Lutter contre les fausses idées
 - Lutter contre le silence et le tabou
 - Permettre aux personnes concernées de connaître les structures d'aide

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA

La prévention doit répondre aux questions que se pose l'entreprise qui met en place un plan de prévention :

(Dr Christine Jacquet, Actes du colloque « l'alcool et le travail », Arcachon, 12 mai 2000, p.20)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA

- 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.
- Comment sensibiliser, informer ?
- Constituer un réseau d'aide et de relais par des professionnels.

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA

Pour répondre aux questions et aux objectifs de prévention, chaque acteur a un rôle et doit travailler en concertation avec les autres :

(J-P Jeanin, J-F Vallette, C. Harzo ; Gérer le risque alcool au travail ; Lyon, Editions de la Chronique sociale, Collection Savoir communiquer, 2003 ISBN)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

- Le registre de la loi et son application dévolu à la hiérarchie.
- Le registre de l'aide et l'accompagnement, apanage du médico-social.
- Le registre de la prévention, de la recherche et de l'action, domaine d'un « groupe alcool » formé et mandaté.

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

La prévention est essentiellement technique collective et passe par une large formation et sensibilisation des salariés.

(Fiche risque bossons futé n°24, auteurs Dr Bouhot SNCF 75, Dr Kiritze-Topor Société Française Alcoologie, Dr Taktouk CIAMT 75 ; juillet 2005 ; www.bossons-fute.com)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

- Collective :
 - Règlement intérieur.
 - Réflexion collective, procédures écrites et mise en place de conduite à tenir pratiques consensuelles
 - Amélioration des conditions de travail.

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

• Informer sur les procédures disciplinaires sur les risques pour la santé et au travail:

- Piloté par CHSCT et SST en liaison avec la Direction.
- Mis en place par groupe de volontaires (« groupe alcool »).
- Avec des objectifs clairs.

• (Individuelle : savoir orienter)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

Remarques sur les contrôles sur le lieu de travail, aspects législatifs, règlement intérieur :

(Dr M. Gournay, B. Le Neindre (SMT Normandie)
Sept. 2003)

Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA

<ul style="list-style-type: none"> ● Obligatoire dans les entreprises de plus de 20 salariés. ● L'employeur y notifie les quantités d'alcool qui peuvent être introduites dans l'entreprise, voir l'interdiction de toute consommation sur le site. ● L'employeur peut aussi y édicter les conditions de recours aux moyens de contrôle (alcootest) permettant d'avérer une ivresse alcoolique dans l'entreprise. 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Toute personne désignée par l'employeur ➢ Pas le Médecin du Travail ➢ Présence souhaitable d'un tiers ➢ Information des délégués du personnel est souhaitable ● 3 conditions nécessaires et suffisantes : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Les dispositions doivent être inscrites au règlement intérieur. ➢ Les modalités de ce contrôle doivent en permettre la contestation. ➢ Il faut que l'état de la personne contrôlée l'expose à un risque pour lui-même, pour les autres ou les biens. 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

Exemple concret d'action		
<ul style="list-style-type: none"> ● Groupe TERRENA, anciennement CANA, Coopérative Agricole (environ 1500 salariés concernés par l'action menée). 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

<ul style="list-style-type: none"> ● Prise de conscience collective 1996 – 1998 <ul style="list-style-type: none"> ➢ Rôle du CHSCT ➢ La hiérarchie adhère ➢ Contact avec d'autres entreprises et partage d'expériences ➢ Prise de conscience, réflexion sur une action de prévention 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

<ul style="list-style-type: none"> ● Questions posées : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Comment établir un contact avec les gens qui en ont besoin pour les aider ? ➢ Que peut faire l'entreprise ? ➢ Comment travailler sur la communication ? ➢ Quoi faire devant un état d'ébriété ? 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention collective 1998 - 2005 : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Groupe alcool – formé mandaté ➢ Information et sensibilisation des salariés de l'entreprise <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombreuses actions régulièrement menées 		
Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL - INMA		

<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention individuelle : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Un regard nouveau sur le mésusage ➢ Ne pas confondre prévention et soin 		
<hr/> <small>Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA</small>		

<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle et règlement intérieur : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Une législation permissive ➢ Le règlement intérieur permet de prendre des dispositions plus contraignantes que le Code du Travail ➢ La question du contrôle de l'état d'ivresse (alcootest) 		
<hr/> <small>Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA</small>		

<ul style="list-style-type: none"> ● Chaque acteur tient son rôle et travaille en concertation avec les autres afin de répondre aux objectifs fixés <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'employeur pour le registre de la loi et son application. Nécessaire pour le bon fonctionnement du groupe (temps alloué, budget) ➢ Les actions de prévention et d'information, domaine du groupe alcool. ➢ L'aide et l'accompagnement sont du ressort médico-social. 		
<hr/> <small>Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA</small>		

Conclusion		
<ul style="list-style-type: none"> ● L'alcool n'est pas un vain mot ● Rejet / Attirance (contrattitudes du soignant) ● Art. 2 et 5 du Code de déontologie ● Remise en question ● Patience et optimisme 		
<hr/> <small>Journées ADDICTOLOGIE ET TRAVAIL – INMA</small>		

Quelles actions en entreprises ? Exemples dans le régime général

Mme L. Dupont

Directrice départementale ANPAA 59, Lille

Mr F.X. Deal

Directeur départemental ANPAA 62, Arras

AVANT PROPOS

L'entreprise aujourd'hui

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.

Qui boit quoi ?

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.

Ennui ou stress

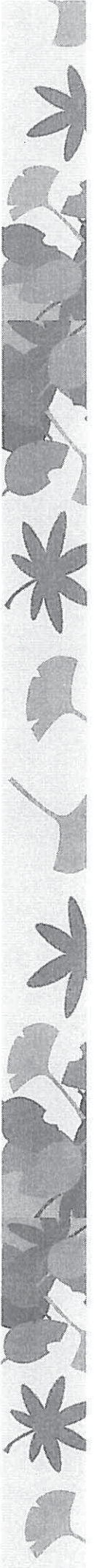
Des facteurs aussi variés que la soif, la fatigue, l'ennui, la répétitivité, le stress, la concurrence, les accumulations de responsabilité, peuvent favoriser le recours à l'alcool. C'est pourquoi l'amélioration des conditions de travail est une contribution indirecte mais importante à la diminution de la consommation d'alcool.

Un facteur de perturbation

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. A 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.

Un risque mal connu

Souvent niés, longtemps cachés, les incidents liés à l'alcool sont mal évalués en entreprise. On estime toutefois que l'alcool est responsable de 15 % des accidents du travail et de 40 % des accidents mortels de trajet.



PREVENIR

Sensibiliser

Pointer du doigt un collègue ne sert à rien si on ne cherche pas à comprendre le contexte de l'alcoolisation, au travers de ces quelques questions par exemple :

- Quelle place l'alcool (le tabac, les psychotropes...) tient-il dans l'entreprise ?
- Quelle réglementation l'entreprise a-t-elle mise en place ?
- Quels modes d'intervention ont été prévus dans les situations problématiques ?
- Quelle aide peut-on apporter aux salariés en difficulté ?

Agir ensemble

Le choix de la démarche 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 (par exemple : aménagement d'horaires, installation d'un distributeur de boissons...) et la sensibilisation du personnel. Ce plan pourra être préparé ou réalisé avec l'appui d'un Comité départemental de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (adresses : voir site www.anpa.asso.fr) au titre de sa double compétence dans les domaines de l'alcoologie et de l'intervention en entreprise.

Clarifier

Il est important d'officialiser l'information tant sur les actions de prévention qui vont être menées : leur philosophie, leur objectif que sur les décisions prises et la façon dont elles ont été prises. Les conduites à tenir sont également à élaborer et à faire vivre : que dit le règlement intérieur ? Comment gérer une situation problématique pour la sécurité individuelle et collective ? Comment aider une personne qui ne maîtrise plus sa consommation ? Qui sont les personnes ou les services ressources ?

AIDER

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.

Faciliter l'accès aux soins

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.

A 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 (CCAA) le plus proche (adresses : voir site www.anpa.asso.fr).

CONNAITRE LA LEGISLATION

Code du travail

- Pas de travailleur en état d'ivresse sur les lieux du travail (L 232-2)
- Aucune boisson alcoolique sur les lieux du travail, sauf vin, bière, cidre (L 232-2)
- Mise à disposition d'eau potable et fraîche pour le personnel (R 232-3)
- Dans certaines conditions de travail (établies après avis du médecin du travail et du CHSCT), mise à disposition gratuite d'au moins une boisson sans alcool (R 232-3-1)
- Pas d'attribution d'alcool au titre d'avantage en nature (L 232-3)
- Le chef d'établissement assure la sécurité et protège la santé des travailleurs (L 230-2).

Code pénal

- La mise en danger d'autrui (le fait d'exposer une personne à un risque de mort ou de blessure par violation d'une obligation de sécurité) constitue un délit (223-1, livre II).

Code de la santé publique

- Pas de vente à prix réduit pour les alcools autres que vin, bière, cidre dans les coopératives d'entreprise (L 3322-7)
- Pas de boissons alcooliques dans les distributeurs automatiques (L 3322-8).

Autres repères

- Usage de l'éthylotest limité aux circonstances dangereuses (circonstances désignées dans le règlement intérieur) (arrêt du 1.2.1980 et du 9.10.1987 du Conseil d'Etat, circulaire du 15.3.1983 du Ministère de l'Emploi)
- Le règlement intérieur peut interdire toute consommation d'alcool (circulaire du 13.1.1969 du Ministère des Affaires sociales)
- La co-responsabilité de l'employeur et des autres salariés est de plus en plus souvent établie dans la jurisprudence.

AGIR GLOBALEMENT

Si nous constatons aujourd'hui dans notre pratique des modalités d'action qui évoluent, une constante demeure : la construction d'un collectif mandaté et représentatif est un manque de réponse adaptée à la problématique alcool en milieu du travail. Ce collectif est investi de missions différentes qui, selon les entreprises, vont de l'élaboration d'une proposition de plan de prévention, au pilotage et/ou la mise en œuvre concrète de l'action et son évaluation.

CONDUITES ADDICTIVES ET TRAVAIL



Intervention de Liliane DUPONT et François-Xavier DEAL
Directeurs de l'A.N.P.A.A. 59 & 62

Institut National de Médecine Agricole
Lille – Nouveau Siècle – 6 & 7 Octobre 2005

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

L'ENTREPRISE AUJOURD'HUI :

- > QUI BOIT QUOI ?
- > ENNUI OU STRESS
- > UN FACTEUR DE PERTURBATION
- > UN RISQUE MAL CONNU

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

PREVENIR :

- Sensibiliser
- Agir ensemble
- Clarifier

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

AIDER :

- Faciliter l'accès aux soins

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

CONNAÎTRE LA LEGISLATION

- Code du Travail
- Code Pénal
- Autres repères
- Usage de l'éthylotest

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

AGIR GLOBALEMENT

A partir d'un collectif
représentatif et mandaté

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

MISE EN PLACE DE PROGRAMMES DE PREVENTION :

- Création de groupes relais
- Formation
- Actions de prévention
- Suivi, accompagnement
- Evaluation

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

NOUVELLES PRATIQUES EMERGENTES :

- Formation de l'équipe dirigeante
- Formation des instances paritaires
- Formation de l'encadrement aux CTA
- Conduites à tenir face aux situations d'alcoolisation aigues

ALCOOL ET SANTE AU TRAVAIL

PERSPECTIVES :

**Vers la toute petite entreprise
(moins de 50 salariés)**

Nécessité d'une réflexion collective

Aptitude, poste de sécurité et maintien dans l'emploi

Pr P. Frimat

Service de Médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHRU,
Université Lille, Institut de Santé au travail du Nord de la France



**APTITUDE,
POSTE DE SECURITE
ET MAINTIEN A L'EMPLOI**

Pr P. FRIMAT
CHRU - Université Lille 2

- Y-a-t'il des particularités ?
- Faut-il l'individualiser ?
- Place particulière de l'aptitude
 - Impact de la décision médicale
 - ↳ Inaptitude
 - Etre en capacité de faire son travail

Le poste de Sécurité

- Pas de définition légale
- Capacité médicale pour agir instantanément pour éviter risque pour lui-même pour les autres pour l'environnement de l'entreprise
- ⇒ « Capacité permanente »

Place privilégiée du Médecin du Travail

- Connaissance de la personne de son histoire
- Connaissance du travail réel
- Connaissance de l'environnement de travail

Capacité médicale et Addictions

- Simple usage temporel
- Dépendance
- Substitution

- Quel positionnement de l'entreprise ?

- . Employeurs
- . C.E./CHS-CT
 - Règlement intérieur

- Quel positionnement pour l'équipe de Santé-Travail

Alcool, tabac, drogues...

Plusieurs réglementations

- Code du Travail
 Circulaire de 1990 (en révision)
- Code de la Santé
- Code de la Route
- Code de Déontologie...

Que faire ?

- Conseiller du salarié
- Conseiller de l'entreprise
- ⇒ Démarches protocolisées
- ⇒ Référentiels médicaux validés

Quelle prise en charge collective ?

- Prévention
 - Information | Quels outils ?
 | Quelles actions ?
 - Liaison avec le réseau de soins
- ⇒ Une priorité

Quelle prise en charge individuelle ?

- C'est d'abord un problème de santé
 - . Savoir interroger
 - . Savoir examiner
 - . Savoir écouter
- └─> Réseau de soins

Place du pilotage

- . Pour l'employeur
 - └─> règlement intérieur
- . Pour le médecin
 - └─> Secret
 - └─> Ethique...

Et l'aptitude ?

- Elle est parfois réglementée
 - . Transports routiers
 - . Conduite automobile
 - . Engins du BTP
 - . Hyperbarie...

Et l'aptitude ?

Elle est souvent à discuter

- . Travaux en hauteur
- . Travaux sur machine...

⇒ Quel est le travail réel ?

↳ Aller voir le poste de travail

Notre rôle de Médecin

Aptitude médicale au poste

ou...

Recherche de contre-indications médicales
à des activités de sécurité...

et Prévention des pathologies incapacitantes

. Savoir s'entourer

- visite du poste de travail
- avis complémentaire...
- place des consultations de pathologie professionnelle
- place des MIRTMO

. Savoir écouter et suivre

. Savoir expliquer

⇒ Parfois : inapte à une tâche
apte à son poste

. Place privilégiée du Médecin du Travail

. Ne pas rester seul

- Réseau de soins
- Réseau d'acteurs régionaux

. Osons en parler

Avec chaque salarié
Avec l'ensemble de l'entreprise

Synthèse et conclusion

Dr A. Rigaud,

Président de l'ANPAA



ASSOCIATION
NATIONALE DE



PREVENTION DE
L'ALCOOLISME



Association Nationale
de PREVENTION
en ALCOOLOGIE
et ADDICTOLOGIE

AN.P.A.A.

www.anpa.asso.fr

20, rue Saint-Fiacre
75002 Paris

Conduites addictives et travail

- La santé au travail : santé publique et activité économique
- Le Plan Santé au Travail 2005-2009 : 4 objectifs
- Objectifs de la la prévention du risque addictif
- La loi du 9 août 2004 de politique de santé publique :
 - ✓ risque alcool, tabagisme, drogues illicites : pas de programme spécifique, mais s'intègrent dans :
 - ✓ Plan national de lutte contre le cancer
 - ✓ prévention des conduites à risques

- Le Plan quinquennal 2004-2008 de la MILDT : prévenir et responsabiliser.
- La réforme de la médecine du travail
- Organiser la prévention des risques professionnels
- L'ANPAA : un organisme de prévention, de formation et de soin qui a pour mission d'être un partenaire pour prévention des risques professionnels liés aux conduites addictives
