

LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE SUR LES RISQUES LIÉS AUX MESUSAGES DE L' ALCOOL AU TRAVAIL

Dr Pascale Moins, psychiatre, Institut Paul Sivadon, l'Elan Retrouvé
Intervention CODES 93, le 12/12/06, Bobigny Paris 13.

INTRODUCTION

Trois lignes organisent ce point de vue de psychiatre sur les mésusages liés à l'alcool au travail.

L'argumentaire de la journée pose très bien le nouage alcool, travail, sujet et les questions de causalités réciproques qui interrogent beaucoup les psychiatres : Causalité psychique de la prise d'alcool, de la souffrance au travail ? Le travail peut-il être à la fois réhabilitant et pathogène, addictogène ? Causalité organique de l'alcool et ses effets sur le psychisme au travail ? Ces questions pourront être dépliées un peu différemment.

D'un travail parallèle dans une unité ambulatoire d'alcoologie et dans une unité de psychothérapie et psychopathologie du travail qui reçoit entre autres des sujets alléguant d'une souffrance au travail, l'idée d'un groupe de parole alcool et travail dans le service d'alcoologie était apparue intéressante. De nombreux patients nous font part de leur peur

- de reprendre après un long arrêt pour arrêt d'alcool,
- d'arrêter leur travail pour arrêter l'alcool par crainte de perdre leur poste
- de perdre leur travail tout court : c'est souvent la crainte des thérapeutes, du psychiatre également. Les angoisses des patients surgissent souvent une fois la perte là.

Une courte vignette clinique trouve ici sa place et une efficacité démonstrative dans l'articulation singulière des logiques du sujet, du travail, de l'alcool.

« C'est une femme âgée de 45 ans que j'ai vue pour la première fois en novembre 2005.

Elle avait repris l'alcool depuis une année après 5 ans d'abstinence et buvait deux bouteilles de rosé chaque soir, auxquelles elle ajoutait une bouteille de porto le week-end.

Quand je l'ai reçue, elle sortait d'un épisode confuso-onirique et était en arrêt de travail. Travailleuse sociale avec un poste surinvesti, devenue en quelques années responsable de nombreux projets dans sa ville, rapportant des dossiers tous les soirs, tous les week-ends, elle avait tout accepté d'une chef vécue comme autoritaire, caractérielle, très angoissée. Donc, elle présentait tout le tableau d'un mésusage d'alcool lié à un travail relaté comme éminemment pathogène où l'alcool venait lui servir à supporter une surcharge de travail dans un mode d'organisation très particulier où elle était partie prenante, devenue enviée et haïe par toutes ses collègues et où elle pouvait travailler seulement si elle s'alcoolisait tous les soirs. Elle se présentait comme victime de ce chef qui avait repéré sa pente fragile.

Revue très récemment, elle a repris son travail à mi-temps thérapeutique depuis 6 mois et elle a un an d'abstinence d'alcool.

Elle a à nouveau rapporté des dossiers chez elle un week-end, elle a été prise d'une crise d'angoisse et n'a pas dormi de la nuit. Néanmoins, elle a été surprise car elle n'a pas du tout eu envie de boire.

En fait, elle a repéré que si elle adorait son travail (dans un rapport très singulier à son histoire), elle ne supportait pas d'être en retard dans le travail et cela depuis l'enfance (petite, elle devait apprendre la poésie le jour même où on lui donnait et tout faire à l'avance).

Etre à jour est une nécessité pour elle.

Donc l'autre matin, après une nuit d'insomnie, elle a bouclé son travail en une demie heure et cela l'a complètement calmée.

Ce qu'elle trouve difficile dans le travail maintenant, c'est :

- de travailler à cinq personnes dans un bureau mais elle s'organise
- d'avoir un poste plus modeste mais elle l'accepte comme une nécessité thérapeutique
- de travailler avec des alter ego ce qui la surprend car elle pensait bien aimer le travail en équipe.

Elle aime, par contre, beaucoup travailler en réseau et en collaboration avec d'autres professionnels.

Donc, ce qui est intéressant, c'est qu'avec l'arrêt de l'alcool, elle peut elle même indiquer le caractère réhabilitant, narcissisant de son travail et que ce qui relevait chez elle, en novembre 2005, d'une situation de souffrance au travail est devenu, en décembre 2006, une situation où sa subjectivité rencontre les contraintes du travail. «

I - LES MESUSAGES DE L'ALCOOL ET LES TROUBLES COGNITIFS

La complication première de l'alcool est l'atteinte cognitive (on aurait tendance à toujours penser à la cirrhose et aux cancers O.RL)

Pour rappel, les fonctions cognitives interviennent dans le traitement de l'information et sont représentées par le jugement – le calcul – le raisonnement – le langage – la mémoire.

Le mésusage d'alcool – de l'usage à risque à l'usage avec dépendance – induit constamment des troubles cognitifs, même s'ils ne sont pas toujours repérables au niveau clinique et n'ont pas tous le même pronostic. Ils sont dus à la fois à l'alcoolisation et à la neurotoxicité de l'alcool soit directe (lésionnelle), soit indirecte (carences vitaminiques, troubles nutritionnels) ainsi qu'à d'autres facteurs à l'étude (atrophie, microhémorragies . .). Leur étiopathogénie est complexe.

Troubles cognitifs dépendants de la présence d'alcool (= troubles passagers)

Atteinte cognitive due à l'imprégnation alcoolique

- Une alcoolémie > 0.50g/L (3 verres) entraîne une désinhibition => accélération de l'exécution des tâches et augmentation des erreurs.
- L'ivresse donne des troubles cognitifs qui s'observent dès la 1^{ère} phase de l'ivresse : la phase excitomotrice, l'attention, la mémoire, le jugement peuvent être altéré couvrants

Il y a une amnésie lacunaire toute la période de l'ivresse (la mémoire immédiate est généralement préservée mais les processus d'apprentissage déclenchés après l'alcoolisation sont atteints).

Au maximum il y a absence de trace mnésique : « trou noir » « black out ».

La répétition des amnésies lacunaires peut conduire à l'apparition de troubles mnésiques plus prolongés et plus sévères.

Troubles cognitifs persistants, indépendants de la présence d'alcool

Atteinte cognitive de l'usage à risque : chez les « les social drinkers » ou buveurs sociaux , il y a une absence de dommage sur le fonctionnement psychosocial mais déjà :

- une atteinte de la mémoire
- et une atteinte des fonctions exécutives (déficit subtil de conceptualisation, de flexibilité mentale et légère tendance à la persévération)

Cela correspond à un début de dysfonctionnement qui peut indiquer une atteinte du lobe frontal.

Performances aux tests psychométriques dans les limites de la normale.

Atteinte cognitive de l'usage nocif à l'usage avec dépendance :

Troubles cognitifs non lésionnels : inconstants mais spécifiques, assez discrets, capacités verbales préservées ou peu atteintes

- atteinte de la mémoire à court terme (altération de stratégies d'encodage de l'information dans le processus d'apprentissage)
- atteinte des capacités d'abstraction (défaut de conceptualisation)
- troubles de l'attention, de la concentration
- atteintes de fonctions exécutives (stratégies) : conclusions trop hâtives, persévération dans l'utilisation de stratégies inefficaces
- atteinte de la flexibilité mentale (difficulté à adapter le comportement ou à conceptualiser une situation nouvelle)
- atteinte des fonctions visiomotrices

Ces atteintes se manifestent assez tôt, pour des consommations supérieures à 6/7 verres par jour et des prises d'alcool pendant plus de 5 ans.

Donc les atteintes qui sont en fait très précoces, se voient chez des sujets de moins de 40 ans sans maladie évidente sur le plan somatique pour des consommations élevées mais assez courantes.

Elles sont réversibles à l'arrêt (surtout la première semaine, encore beaucoup entre 3 à 6 semaines, et encore après 3 mois). C'est cela qui est important.

Elles sont à évaluer par des tests psychométriques (le Centre Magellan , C.C.A.A de Gennevilliers a mis en place un consultation d'évaluation par un neuropsychologue après un sevrage de 6 mois.) C'est une consultation longue, de plus de 2h, mais assez intéressante pour évaluer les capacités en cas de reprise d'un poste ou pour un projet de réinsertion professionnelle.

Un mot sur les troubles cognitifs lésionnels (dus à une carence vitaminique ou une atrophie cérébrale). (En général les gens ne sont plus dans le milieu de travail).

- syndrome de Korsakoff : amnésie antérograde, D.T.S, fausse reconnaissance, fabulation (le plus souvent après encéphalopathie Gayet Wernicke. Sevrage et vitaminothérapie, prévoir un programme thérapeutique de réadaptation.
- Atrophie cérébrale (corticale et sous-corticale) : trouble de la mémoire => démence alcoolique : détérioration intellectuelle. Ne pas baisser les bras : arrêt d'alcool, rééducation possible, mécanisme (toxicité de l'alcool, carence en vitamine B1, syndrome de sevrage à répétition, troubles de la neurotransmission.

=> Tous ces troubles vont avoir une incidence sur les capacités de travail, d'exécution des tâches.

II – LES MESUSAGES DE L’ALCOOL ET LES TROUBLES DU CARACTERE

Les troubles du caractère sont en fait des modifications du caractère et de l’affectivité, au fil de l’évolution vers une alcoolodépendance, ou au cours d’une alcoolodépendance. Ils sont intéressants à reprendre car c’est souvent ce qui est repéré par l’entourage, la hiérarchie, les collègues après une période parfois longue où le salarié a été un « bout en train », partant compétent, beau parleur, fédérateur (surinvestissant un peu le travail).

1. Sont souvent énumérés par les auteurs
 - détachement affectif, isolement
 - agressivité, irritabilité
 - tendance aux colères avec parfois violence verbale, voir physique
 - revendications affectives (au travail sollicite les collègues, par des appels téléphoniques, demande de marque d’intérêt)
 - méconnaissance et déni de l’intoxication et de la dépendance : quand les collègues commencent à lui parler, ce qui va représenter un des obstacles majeurs pour la prise en charge
 - jalousie pathologique : c’est une jalousie morbide avec soupçons, vérifications donc appels téléphoniques à la maison, au conjoint, colère, peur, dans plus d’1/3 des cas d’alcoolodépendance, sentiments calmés par prise d’alcool.

2. Sinon, Pierre FOUQUET, en 1971, a décrit une sémiologie très fine de l’alcoolodépendance avec comme élément essentiel l’**Apsychognosie**, notion intéressante caractérisée par une sémiologie très repérable :
 - la latence clinique
 - le maintien trompeur des apparences sociales et des schémas d’activité professionnelle avec un réseau d’automatisme par rapport aux autres et à soi même
 - un désintérêt de soi, des images et schémas de son corps (d’où l’étonnante propension à tolérer coups, blessures, fractures)
 - une altération de la communication intersubjective : rationalisation passe-partout (« faire comme si »), imperméabilité à tous les appels, réponses en biais. Chez l’autre suscite réaction, rejet, agacement (rattachée par Fouquet à une éthylémie élevée, actuelle, permanente, cela semble s’observer en dehors des périodes d’alcoolisation comme un mode de fonctionnement psychique permanent, fondamental. J-P Descombey a ajouté : asomatognosie, anosognosie, athanatognosie. => Tableau constitué sur plusieurs années, réversible au sevrage malgré un aspect immuable, malgré des difficultés de retour au réel.

Donc, ce sera un salarié difficile, caractériel (sanctions disciplinaires), ou détaché inaccessible (qui semble ne pas même entendre le licenciement).

III – MESUSAGES DE L’ALCOOL ET COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

Les problèmes liés à l’alcool et les troubles psychiatriques sont souvent associés.

- 30% des patients hospitalisés en psychiatrie ont un problème avec l’alcool et pourtant il y a longtemps eu une attitude plutôt réticente dans le milieu de la psychiatrie.
- 20% des patients hospitalisés en médecine souffrent d’un problème lié à l’alcool.
- Dans la plupart des cas, s’installent des « cercles vicieux » entre troubles psychiatriques et consommateurs d’alcool qui rendent parfois nécessaires une double prise en charge.

A – Dépression et alcool

L'association entre « alcoolisme » et dépression est une donnée clinique d'observation courante.

- L'alcoolisation déprime et pour tenter de lutter contre cette dépression, le sujet augmente souvent sa consommation
- La prévalence de la dépression chez les personnes en difficulté avec l'alcool est très variable (d'une étude à l'autre, population hétérogène) de 10 à 90%.

Le risque majeur est le **SUICIDE** :

- une alcoolisation chronique existe dans 15 à 25% des suicides
- le suicide est une cause de décès chez 5 à 25% des patients en difficulté avec l'alcool (alors que le taux de mortalité par suicide est de moins de 1% dans la population générale).
- Il est majoré chez les alcooliques déprimés.
- La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la dépression est le plus souvent secondaire à l'alcoolisation (dans 80% des cas). => Amélioration spontanée après sevrage. Le traitement systématique de la dépression est donc inutile.
- L'abus d'alcool induit surtout des états dysphoriques avec insomnie, tristesse, anxiété et parfois des dépressions sévères. Ces états dysphoriques peuvent s'accompagner de conduites suicidaires, d'hostilité, de culpabilité.
- La distinction entre dépressions secondaires à alcoolisme et mésusage d'alcool secondaire à la dépression est souvent très difficile : il y a souvent une mise en avant par les patients de symptômes, une reconstruction explicative, où la dépression est première, comme justificative, socialement plus acceptable.

Deux types de réactions dépressives :

- précoces (trois premières semaines du sevrage)
- tardives (des mois ou des années plus tard)

C'est un facteur de risque de rechute ou un signe de reprise d'alcool.

Baisse d'énergie, culpabilité, perte d'intérêt, troubles de la concentration.

⇒ **Au travail** : le travailleur est triste, inefficace, risque de majoration de l'alcoolisation, arrêt de travail (utile si il y a un arrêt d'alcool, et une prise en charge).

B – Anxiété et alcool

- pour lutter contre son anxiété, le sujet s'alcoolise
- dans un premier temps, l'alcool a un effet anxiolytique
- les troubles anxieux sont primaires dans 20% des cas, là il y a un intérêt à repérer de quels trouble il s'agit.

Les troubles **PHOBQUES** (agoraphobie, phobie sociale) précèdent l'abus d'alcool de 1 à 10 ans dans la majorité des cas. L'hypothèse de l'automédication par l'alcool paraît établie, mais l'abus d'alcool aggrave secondairement les symptômes phobiques.

- la phobie sociale et l'agoraphobie comportent un risque d'alcoolodépendance
 - la prévalence de la phobie sociale est 9 fois plus élevée chez les alcooliques
 - par contre, l'anxiété généralisée est secondaire à un mésusage d'alcool.
 - être ou avoir été alcoolodépendant ou mésusager multiplie par 4 le risque d'avoir des troubles paniques (crises d'angoisse à répétition).
 - avoir ou avoir eu un mésusage d'alcool multiplie par 2 ou 3 le risque de survenue d'un trouble anxieux.
- ⇒ L'anxiété est surtout une conséquence du mésusage d'alcool. **Au travail**, il conviendra de faire attention à certains postes : poste avec concentration, calme, poste

avec prise de parole en public (à évaluer avec le salarié), poste anxiogène, avec responsabilité.

C – Troubles de la personnalité et alcool

- Il y a une abondante littérature dans une tentative louable mais assez vaine de retrouver un profil de « personnalité préalcoolique ». Ainsi on peut lire des choses comme assez récemment cette tautologie psychiatrique : la *personnalité addictive* mais cela ne nous avance guère.
- Personnalité antisociale (ou psychopathique) avec prise d'alcool précoce, sévère, troubles du comportement, actes illégaux, toxicomanies associées, recherche du danger, prise de risques. On les retrouve peu dans le monde du travail car ils sont marginaux, mal insérés, plus souvent à l'hôpital psychiatrique ou en prison.
- Personnalité limite : trouble de l'identité, vécu de vide (sujet jeune)
- Personnalité hystérique : femmes passives, dépendantes, comportements toxicophiles
- Personnalité narcissique : dépendance, quête affective, tendance à la manipulation de l'entourage, attitude de séduction et extraversion chez des sujets ayant une importante réussite professionnelle et considérant leur alcoolisation comme un jeu avec l'ivresse, la dépendance, comme un moyen d'améliorer leurs capacités professionnelles et relationnelles.

D – Schizophrénie et alcool

- Après le tabac, l'alcool est le produit le plus utilisé chez les schizophrènes qui ont un risque relatif plus élevé de dépendance ou d'abus
- Il y a 3% de schizophrénies chez les patients avec mésusage ou dépendance d'alcool
- 40% des schizophrènes ont des conduites d'alcoolisation :
 - Hypothèse autothérapeutique : liée aux fonctions psychotropes de l'alcool (anxiolytique, antidépresseur, lutte contre l'anhédonie) mais certaines décrivent une aggravation de leur symptômes
 - Comorbidité schizophrénie/alcool : même vulnérabilité au départ
 - Alcoolisation (comme tabagisme) comme un des symptômes du tableau de la schizophrénie.
- Prise en Charge difficile : **Double prise en charge Alcoologique et Psychiatrique.**
- Ne pas croire qu'un bon équilibre du traitement psychiatrique suffit
- Il est très difficile de leur faire « lâcher » une conduite d'alcoolisation.
- Quand ils travaillent : C.A.T, emploi protégé, milieu ordinaire malgré un bon niveau intellectuel => poste modeste. Ne pas trop modifier leurs repères (poste, équipe, chef, horaire).

IV – MESUSAGE ET MODES D'ALCOOLISATION

- « **Binge drinking** » du week-end : ivresse, alcoolisation festive, massive, de fin de semaine, souvent chez un sujet jeune. C'est très banalisé donc il faut informer sur les effets sur le cerveau, le foie, les risques d'une ivresse (décès par hypoglycémie).
Risques : lundi matin, ou après midi, absence psychique au travail ou absence physique. **Il faut faire très attention, la vigilance est moindre, il y a une grande fatigue. => attention quant aux postes à risques.**

- **La prise d'autres toxiques en association avec l'alcool est aujourd'hui plus fréquente, à rechercher** : autres toxiques : cocaïne, héroïne, haschich, ecstasy, LSD. => Risques psychiatriques : suicide, bouffés délirantes déclenchées (souvent polyintoxication). **Les polyconsommations** (cocaïne, crack, cannabis, opiacés) donnent des risques multipliés (majorent le risque, aggravent le pronostic et les risques vitaux).
- **La dispomanie est une** forme classiquement décrite d'alcoolisation paroxystique, explosive, intermittente, irrégulière. Il y a des prodromes : un besoin impérieux, irrésistible. L'alcoolisation va jusqu'au coma. Une hypothèse est qu'il s'agit d'un équivalent maniaque ou dépressif dans le cadre des troubles bipolaires.
 - ⇒ Risques liés à des ivresses répétées : absentéismes fréquents au travail, grande difficulté à aborder le sujet, structures de prise en charge pas du tout adaptées.
- **Psychotropes : la** consommation de psychotropes est 2 à 3 fois supérieure chez les patients en mésusage ou dépendance d'alcool (ils prennent beaucoup de benzodiazépines souvent à la recherche d'une anxiolyse).
 - => Risque de potentialisation, effets sédatifs (sommolence), de chutes (hypotonie musculaire)

V – EFFETS AU TRAVAIL DES MESUSAGES D'ALCOOL

Ce sont les effets des troubles précités que l'on peut regrouper ainsi : rapport au temps, performances, relationnel

Absences / rapport au temps :

- absentéisme du lundi matin ou du lundi
- retards le matin
- rendez-vous manqués, évités
- désynchronisation par rapport au temps des autres
- absences pendant le travail (pour dormir, se reposer, aller boire)
- les arrêts de travail fréquents justifiés par un arrêt de travail fait par un médecin
- les arrêts de travail non justifiés pris en congés annuels, R.T.T jusqu'à épuisement du temps

Surestimation des performances, baisse des performances (quantité, qualité de travail) :

- augmentation des erreurs, adaptabilité moindre
- rendement qui diminue (cela peut-être longtemps compensé par le travail, le week-end, par les autres)
- lenteur
- difficultés de compréhension (consignes, travail donné)
- baisse de la vigilance (capacités visiomotrices diminuées), des tâches intellectuelles (troubles du jugement)
- tâches mal faites, pas faites
- capacités d'adaptation réduites, or c'est ce qui est le plus demandé aujourd'hui
- négligence du travail, de la tenue (ou hypermaquillage chez la femme)

Difficultés relationnelles :

- irritable : disputes, bouderies, isolement
- désinhibition avec débordements : familiarité, harcèlement
- colères
- violences verbales, voire physiques

Il y a un effet de perte du sens de l'équipe, du collectif.

Le mésusage d'alcool est une expérience de grande solitude, de traversée du désert (honte).

De plus, il y a l'aspect : avant / après, vécu par les collègues (bon vivant, bon collègue qui jouait même les prolongations du travail au bar et qui là, arrive triste, mal, avec des marques de coups, des plâtres).

Et puisqu'il il fait comme si de rien n'était, il participe de son isolement.

Ainsi s'instaurent les « cercles vicieux » du milieu du travail entre le sauvetage et la mise en quarantaine, l'aide et la stigmatisation.

VI – LES RISQUES DES MESUSAGES DE L'ALCOOL AU TRAVAIL

A – Les risques pour le travailleur

=> risques psychiatriques que nous avons déjà vu : dépression, anxiété, dysphorie, insomnie, risque suicidaire) et risques somatiques...

=> risques dans le travail : surcharge de travail, surinvestissement

- accidents de travail : chutes au travail, accidents de trajet (conduite de véhicule),
- absences irrégulières : liées directement à l'alcool, indirectes (honte, mésestime de soi)
- risque disciplinaire : avertissements, sanctions, mise en inaptitude, licenciements

=> changement de poste : adaptation difficile, parfois salutaire

=> perte du travail : grand risque car cela borde le réel du travailleur, cela constitue un vrai cadre

risque civil, pénal si faute au travail

B – Les risques pour les collègues

Risque lié à la mise en péril du travail d'équipe avec risque vital si les postes sont dangereux ou à risque.

- altération des relations d'équipe
- culpabilisation collective inutile ou inopérante
- risque d'installation de certains dans des positions de codépendance (aide financière, coups de téléphone la nuit, travail fait à la place de celui qui boit)
- la protection du travailleur quelque soit son état ne fait que favoriser la pérennité de la situation au prix de beaucoup d'efforts

C – Les risques pour l'employeur :

- coût social des arrêts de travail
- coût de la baisse de performance
- responsabilité engagée pour un poste à risque
- conduite de véhicule pour trajet domicile-travail
- état d'ivresse sur le lieu de travail

Un travailleur mésusager d'alcool est quelqu'un qui ne se protège pas ou mal, s'expose au travail et expose ses collègues. Il risque de tout perdre : la mémoire, le travail, de l'argent, sa famille.

VII - LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE : COMMENT PENSER LES RAPPORTS ALCOOL/ TRAVAIL

- Le milieu professionnel peut être un lieu favorisant ou un lieu d'apprentissage de l'alcool par le biais des rituels du travail : traditions conviviales de « pots » d'arrosages des événements de la vie au travail et hors travail (départ en retraite, promotion, nouvelle année, naissance d'un enfant.....). Certains milieux professionnels (bâtiment, transports) possèdent leurs propres règles d'usage. Nous nous intéresserons plus précisément à trois configurations du travail qui présentent un risque de prise d'alcool pour le travailleur.

1) Les conduites à risque collectif sur le lieu du travail avec prise de risque et prise d'alcool ont été décrites par Dejours puis d'autres auteurs. Il s'agit de conduites de défi où il faut montrer courage et virilité face à des peurs légitimes mais que le travail demande de surmonter avec de surcroît la pression des échéances et des cadences demandées. Le milieu du bâtiment a été, est le lieu le plus stigmatisé ; il en est d'autres.

2) Les conduites à risque individuelles sont liées plus spécifiquement à certains postes de travail. Des générations de commerciaux ont signé des contrats de vente en multipliant les repas d'affaires midi et soir et en faisant des siestes les après midis pour « cuver » leur victoire devant une direction qui fermait les yeux devant l'alcool tant que les chiffres étaient là.

Peut-on s'en tenir pour autant à épingler des « postes à risques alcool » ? même si chacun a quelque idée de ces métiers durs physiquement, des métiers de la restauration, de la boulangerie, des centres de tri postaux....

3) Les nouveaux modes d'organisation du travail ne sont pas sans effet et nous en rapportons là quelques modalités :

- un directeur des ressources humaines fait un plan de licenciement de six cents personnes avec le whisky pour aider sa conscience à se taire, pour dormir puis pour « comater » chaque soir avant de se retrouver seul chez lui licencié dans les plus mauvaises conditions.

- les employés des compagnies de services publiques, entrés avec une éthique de travail se retrouvent dans un monde autre, transformés en vendeurs malhonnêtes .L'alcool fait là son effet de « briseur de soucis ». Les postes d'accueil se trouvent ainsi devenus des postes exposés dans certains lieux.

- la mise à la préretraite fait le lit de l'alcoolisme après 60 ans (un tiers des gens âgés commencent à boire à la retraite).

C'est l'aspect du travail comme facteur de causalité de l'alcoolisme, aspect qui reste à interroger puisqu' il y va aussi et toujours de la rencontre d'un sujet avec un environnement et un travail. L'imputabilité de l'alcoolisme de quelqu'un au travail, à son travail peut être suspectée, mais non seulement elle n'est jamais possible à prouver mais elle peut devenir une impasse de réflexion.

- Contre la pathogénie du travail, il y a le caractère cadrant, bénéfique que nous connaissons à travers les champs de la sociologie, de la médecine du travail. Nous rappellerons pour mémoire :
 - le lien alcool et chômage bien connu
 - le fait qu'il ne soit pas rare que des patients en difficulté avec l'alcool aient la médaille du travail
 - les patients reçus en consultation pour « souffrance au travail » qui n'ont pas particulièrement recours à l'alcool
 - les effets délétères des arrêts de travail, des arrêts à répétition, de la mise en congé longue maladie, voire du licenciement, surtout lorsque cela ne s'accompagne d'aucune prise en charge de la problématique alcoolique

CONCLUSION

A ne pas nommer les mésusages d'alcool et leur effets au travail, à être dans le leurre, le non dit, il y a le risque d'un retour de la ségrégation beaucoup plus violent pour le salarié : quelque chose qui lui tombe dessus : la mise en inaptitude qui le protège du licenciement, ou le licenciement. Rien n'a été dit. Il n'a rien entendu. C'est une histoire en silence, mais violente.

On entend souvent « Moi ? Jamais au travail ! » C'est le leurre majeur avec son cortège d'arguments :

- la tradition anglo-saxonne : en dehors du travail on fait ce qu'on veut, question de responsabilité
- la vie privée est différente de la vie professionnelle
- en face, c'est gênant d'en parler (cf. la femme enceinte et l'alcool)

Alors il faut redire, et les médecins du travail sont peut-être les mieux placés, que :

- l'alcool au travail c'est INTERDIT sauf cadre réglementaire
- l'alcool hors-travail a un effet sur le travail et même si c'est compliqué car cela touche à la vie privée
- « On doit être en état de travailler » Ceci n'est pas évident pour tout le monde.
- l'alcool a un effet sur le cerveau, la psyché, l'état psychique

L'alcool perturbe les capacités d'adaptation d'un salarié, d'un sujet. Elles deviennent moindres et plus elles s'amointrissent, plus il boit, moins il dort, plus il est anxieux, déprimé.

Et aujourd'hui, on lui demande, en général plus et beaucoup plus souvent d'adaptation, de changements. Donc il va devenir un salarié fragile et en danger

- Un des effets délétères, un des risques indirects mais non moins majeurs des mésusages d'alcool au travail va être de ne pas permettre de dénouer les choses pour le salarié et sujet, de brouiller les pistes pour le psychiatre et le médecin du travail.
- On ne va pas repérer les effets pathogènes ou positifs du travail, les troubles psychiques du salarié, le mésusage d'alcool. D'où l'importance de la collaboration entre médecin du travail qui connaît l'activité de travail et psychiatre
- L'alcool vient troubler les questions que nous avons posées au départ :
 - => l'organisation défectueuse du travail entraîne-t-elle une souffrance pour les travailleurs ?
 - => la fragilité du sujet en mal-être peut-elle le transformer en mauvais travailleur ?

Mais l'arrêt d'alcool va permettre dans tous les cas d'y voir plus clair. Il n'y a pas de risque à favoriser l'arrêt d'alcool par l'action individuelle au cas par cas, et l'action collective. Cela ne peut qu'être bénéfique pour le sujet au travail, pour le sujet dans ses rapports avec son travail, rapports intrapsychiques aussi bien qu'intersubjectifs.

Si l'alcool vient reposer la question du rapport Travail / Santé, il n'y a peut-être pas deux logiques contradictoires : - logique du travail, - logique du sujet mais celle d'un sujet au travail. L'alcool et les risques liés à ses mésusages au travail viennent nous le rappeler.

Dr. Pascale MOINS